



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΠΜΣ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ**

## **Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία**

**«Παρεμβάσεις στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας για τη μείωση  
του συνωστισμού στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών των  
νοσοκομείων»**

**Συγγραφέας:**

**Ευθαλία Σχορτσιανίτη**

**ΑΜ: 2236**

**Επιβλέπουσα:**

**Καθηγήτρια Αρετή Λάγιου**

**Αθήνα, Μάρτιος 2024**



**UNIVERSITY OF WEST ATTICA  
SCHOOL OF PUBLIC HEALTH  
DEPARTMENT OF PUBLIC AND COMMUNITY HEALTH  
MSc EPIDEMIOLOGY AND HEALTH PROMOTION**

**Diploma Thesis**

**”Interventions in Primary Health Care to reduce overcrowding in  
Hospital Emergency Departments“**

**Student:**

**Efthalia Schortsianiti**

**Registration Number: 2236**

**Supervisor:**

**Professor Areti Lagiou**

**Athens, March 2024**



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΠΜΣ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ**

**«Παρεμβάσεις στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας για τη μείωση του συνωστισμού στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών των νοσοκομείων»**

**Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή**

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι  
Εξεταστική Επιτροπή:

<b>A/a</b>	<b>ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ</b>	<b>ΒΑΘΜΙΑΔΑ/ ΙΔΙΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ</b>
1	ΑΡΕΤΗ ΛΑΓΙΟΥ	ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ/ ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ	
2	ΕΥΑΝΘΙΑ ΣΑΚΕΛΛΑΡΗ	ΑΝ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ/ ΜΕΛΟΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ	
3	ΑΓΑΘΗ ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΥ	ΕΔΙΠ/ ΜΕΛΟΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ	

## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Ευθαλία Σχορτσιανίτη του Κωνσταντίνου, με αριθμό μητρώου 2236 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών "Επιδημιολογία και Προαγωγή Υγείας" του Τμήματος Δημόσιας και Κοινοτικής Υγείας, της Σχολής Δημόσιας Υγείας, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

*\*Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 12 μήνες και έπειτα από αίτησή μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του Επιβλέποντα Καθηγητή.*

Η Δηλούσα

**\* Ονοματεπώνυμο / Ιδιότητα**

**Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα**  
(Υπογραφή)



*\* Εάν κάποιος επιθυμεί απαγόρευση πρόσβασης στην εργασία για χρονικό διάστημα 6-12 μηνών (embargo), θα πρέπει να υπογράψει ψηφιακά ο/η επιβλέπων/ουσα καθηγητής/τρια, για να γνωστοποιεί ότι είναι ενημερωμένος/η και συναινεί. Οι λόγοι χρονικού αποκλεισμού πρόσβασης περιγράφονται αναλυτικά στις πολιτικές του Ι.Α. (σελ.6)*

## Περίληψη

Ο «συνωστισμός» στα τμήματα επείγουσας φροντίδας κλυδωνίζει τα περισσότερα υγειονομικά συστήματα ανά τον κόσμο, προξενώντας κρίση στην παγκόσμια δημόσια υγεία. Άμεσο επακόλουθο του συγκεκριμένου φαινομένου είναι η αλόγιστη χρήση των τμημάτων έκτακτης ανάγκης από περιστατικά που κάλλιστα θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν σε δομές πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Το γεγονός αυτό προβληματίζει την υγειονομική κοινότητα και την κοινωνία ευρύτερα, λόγω του ότι προκαλεί δυσάρεστες επιπτώσεις στην ασφάλεια, ποιότητα και αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας. Η εν λόγω συστηματική ανασκόπηση διερευνά τον αντίκτυπο ποικίλων παρεμβάσεων, στρατηγικών και πρωτοβουλιών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας για τον περιορισμό της επισκεψιμότητας στα τμήματα επειγόντων περιστατικών. Υλοποιήθηκε αναζήτηση των επιστημονικών άρθρων σε δύο βιβλιογραφικές βάσεις δεδομένων, την PubMed και τη Scopus. Αναδείχθηκαν 62 μελέτες που ήλεγξαν την επίδραση παρεμβάσεων ή πρωτοβουλιών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, αναφορικά με τη διεύρυνση της πρόσβασης, την αναδιοργάνωση λειτουργίας, τη διεπαγγελματική συνεργασία, την αξιοποίηση ψηφιακών εργαλείων και συστημάτων στη μείωση επισκέψεων στα τμήματα άμεσης φροντίδας. Η πλειονότητα των μελετών ανέφεραν ευεργετικά αποτελέσματα στην εναλλακτική επιλογή περίθαλψης των ασθενών από τα τμήματα επειγόντων περιστατικών στις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες, αντίθετα, ο μετριασμός των επισκέψεων στα τμήματα άμεσης φροντίδας, κατέληξε σε αντικρουόμενα δεδομένα. Υπό το πρίσμα των ανωτέρω, κρίνεται απαραίτητη η περαιτέρω έρευνα στο πώς και κατά πόσο μπορεί να ενισχυθεί με βάση τις κοινωνικοοικονομικές, πολιτιστικές και περιβαλλοντικές συνθήκες κάθε χώρας, η ανάληψη πρωτοβουλιών για την εξυγίανση και ουσιαστική αναδιάρθρωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Λέξεις-Κλειδιά: παρέμβαση, στρατηγικές, επίδραση, πρωτοβάθμια περίθαλψη, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ιατρός πρωτοβάθμιας περίθαλψης, τμήμα επειγόντων περιστατικών, ατύχημα, συνωστισμός.

## **Abstract**

”Overcrowding“ at the emergency departments overwhelms most of the healthcare systems around the world, causing a global public health crisis. A direct consequence of this phenomenon is the unnecessary use of emergency departments by patients who could easily be managed in primary health care facilities. This is a matter of concern for the healthcare community and society at large, as it has adverse effects on the safety, quality and efficiency of services provided. This systematic review investigates the impact of a variety of interventions, strategies and initiatives in primary health care to reduce emergency department attendances. The scientific articles were searched in two bibliographic databases, PubMed and Scopus. 62 studies were identified that examined the impact of interventions or initiatives in primary health care, in terms of broadening access, reorganizing operations, interprofessional collaboration, use of digital tools and systems in reducing visits to urgent care units. The majority of studies reported beneficial effects on the alternative choice of care for patients from emergency departments to primary care services, in contrast, the reduction of visits to emergency departments resulted in conflicting evidence. In the light of the above, further research is needed on how and to what extent can be strengthened based on the socio-economic, cultural and environmental conditions of each country, the undertaking of initiatives for the consolidation and substantial restructuring of primary health care.

Keywords: intervention, strategies, impact, primary health care, primary care physician, emergency department, casualty, crowding, overcrowding.

## Πίνακας Περιεχομένων

Περίληψη .....	5
Abstract.....	6
Πίνακας Συντομογραφιών .....	8
Πρόλογος - Ευχαριστίες.....	9
Εισαγωγή .....	10
Επείγουσα φροντίδα και τμήματα επειγόντων περιστατικών .....	10
Η σύγχρονη πραγματικότητα .....	11
Το φαινόμενο συνωστισμού στα τμήματα άμεσης φροντίδας .....	12
Οι επιπτώσεις συνωστισμού στα τμήματα επείγουσας ανάγκης .....	13
Λύσεις για την αντιμετώπιση του φαινομένου στο νοσοκομειακό χώρο .....	15
Λύσεις για την αντιμετώπιση του φαινομένου στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.....	16
Μεθοδολογία.....	20
Σχεδιασμός της μελέτης .....	20
Στρατηγική αναζήτησης και επιλογής μελετών .....	20
Αποτελέσματα .....	23
Γενικά χαρακτηριστικά μελετών .....	23
Παρεμβάσεις που αποσκοπούν στη βελτίωση της προσβασιμότητας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη μέσω συνεργασίας ιατρών και τοπικών πρωτοβουλιών .....	25
Παρεμβάσεις που διενεργούνται με πρωτοβουλία της πολιτείας ή κοινωνικών προγραμμάτων .....	32
Παρεμβάσεις που περιλαμβάνουν καινοτόμα τεχνολογικά εργαλεία ή εκπαιδευτικά προγράμματα .....	35
Συζήτηση .....	53
Βιβλιογραφία .....	60

## Πίνακας Συντομογραφιών

<b>ACEM</b>	Australasian College for Emergency Medicine
<b>ACEP</b>	American College of Emergency Physicians
<b>APPROACH</b>	Ambulatory Patient-Physician Relationship Organized to Achieve Coordinated Healthcare
<b>B2C</b>	Bridges to Care
<b>CAP-NM</b>	Program for Central New Mexico
<b>CBD</b>	Care by Design
<b>CDC</b>	Centers for Disease Control and Prevention
<b>CGA</b>	Comprehensive Geriatric Assessment
<b>CHC</b>	Cooperative Health Clinic
<b>CHCC</b>	Cooperative Health Care Clinic
<b>COPA</b>	CO-ordination Personnes Ageés
<b>CPC+</b>	Comprehensive Primary Care Plus
<b>ECAP</b>	Emergency Care Access Point
<b>ED</b>	Emergency Department
<b>EurOOHnet</b>	European research network for Out-Of-Hours primary health care
<b>EUSEM</b>	European Society For Emergency Medicine
<b>FHS</b>	Family Health Strategy
<b>GP</b>	General Practitioner
<b>HCCI</b>	Health Care Coverage Initiative
<b>HOC</b>	Health Operations Committee
<b>NEHI</b>	Network for Excellence in Health Innovation
<b>NHS</b>	National Health Service
<b>OPEN ARCH</b>	Older Persons Enablement and Rehabilitation for Complex Health Conditions
<b>PAD</b>	Project Access Dallas
<b>PCMH</b>	Patient-Centered Medical Home
<b>TAPESTRY</b>	Health Teams Advancing Patient Experience: Strengthening Quality
<b>UCC</b>	Urgent Care Collaboration
<b>VCC</b>	Virginia Coordinated Care
<b>ΕΣΥ</b>	Εθνικό Σύστημα Υγείας
<b>ΗΠΑ</b>	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
<b>ΟΟΣΑ</b>	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
<b>ΠΦΥ</b>	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
<b>ΤΕΠ</b>	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
<b>ΤΟΜΥ</b>	Τοπικές Μονάδες Υγείας



## Πρόλογος - Ευχαριστίες

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή αποτελεί το επιστέγασμα μιας αδιάκοπης προσωπικής προσπάθειας αλλά συνάμα και μιας αμέριστης συμπαράστασης και συνεχούς αρωγής από οκ ολίγους ανθρώπους τους οποίους θα επιθυμούσα να ευχαριστήσω προσωπικά για την πνευματική και ηθική τους ενίσχυση και να τους εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου για τη συνδρομή τους.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα της διπλωματικής μου κυρία Αρετή Λάγιου, Καθηγήτρια Επιδημιολογίας, Πρόληψης Νοσημάτων και Δημόσιας Υγείας, Διευθύντρια του Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Πρόεδρο του Τμήματος Δημόσιας και Κοινοτικής Υγείας και Αναπληρώτρια Κοσμήτορα της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής για την καθοδήγηση και άψογη συνεργασία. Από πλευράς μου, υπήρξε πραγματικό πρότυπο, που με την ευχάριστη διάθεση και πολυετή εμπειρία της με οδήγησε σε νέες ατραπούς γνώσης και σκέψης.

Οφείλω να ευχαριστήσω ιδιαίτερος τον επιβλέποντα επιστημονικό συνεργάτη κ. Δημήτριο Τσιλάκη, Καρδιολόγο και Υποψήφιο Διδάκτορα του Τμήματος Δημόσιας και Κοινοτικής Υγείας για την εξαιρετη συνεργασία καθόλη τη διάρκεια της ερευνητικής μου αναζήτησης, ήταν πάντα πρόθυμος και διαθέσιμος να με βοηθήσει και να με συμβουλευσει σε οποιοδήποτε προβληματισμό. Αποτέλεσε σημαντικό κίνητρο για την εξέλιξη της επιστημονικής μου κατάρτισης, καταλυτικό παράγοντα για τη βελτίωση του τρόπου συγγραφής και πολύτιμο συνοδοιπόρο στην αποπεράτωση της όλης μου προσπάθειας.

Ως μια πράξη ευγνωμοσύνης, δε θα μπορούσα να παραλείψω να ευχαριστήσω θερμά την αδελφή μου Αλεξία για την ατέρμονη στήριξη και την ενεργό συνεισφορά της. Με την αισθητή παρουσία και τη διαρκή ανεκτικότητα της αποδείχθηκε πολύτιμος σύμμαχος όταν έχανα το κουράγιο και την πίστη στις δυνάμεις μου.

Τέλος, ένα εγκάρδιο και μεγάλο «ευχαριστώ» δικαιωματικά ανήκει στους γονείς μου Κωνσταντίνο και Θωμαΐδα, για την αγάπη και συμπαράστασή τους. Η ενθάρρυνση και η υποστήριξή τους σε ευχάριστες αλλά και δύσκολες στιγμές μου παρείχαν δύναμη ώστε να παραμείνω προσηλωμένη στο στόχο μου.

## Εισαγωγή

Τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων στις ΗΠΑ (CDC), ορίζουν το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ως μια νοσοκομειακή εγκατάσταση που λειτουργεί και στελεχώνεται από προσωπικό 24 ώρες την ημέρα, επτά ημέρες την εβδομάδα, παρέχοντας μη προγραμματισμένες υπηρεσίες σε όσους τα επισκέπτονται και χρήζουν άμεσης περίθαλψης. Τα εν λόγω τμήματα έγιναν ευρέως διαδεδομένα από το 1979, έτος κατά το οποίο η επείγουσα ιατρική αναγνωρίστηκε επισήμως ως ιατρική ειδικότητα, λόγω του ότι παρατηρήθηκε έντονη κινητικότητα ασθενών που έχριζαν μη προγραμματισμένης φροντίδας και το καθιερωμένο σύστημα υγείας αδυνατούσε να υποστηρίξει (CDC 2022).

Στη διεθνή βιβλιογραφία ένα Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) αναφέρεται ως μονάδα επείγουσας ανάγκης, θάλαμος εντατικής παρακολούθησης, υπηρεσία έκτακτης ανάγκης, τμήμα ατυχημάτων και πρώτων βοηθειών. Κατά γενική ομολογία, τα συγκεκριμένα τμήματα στεγάζονται στα νοσοκομεία ή σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης και ειδικεύονται στην παροχή άμεσης φροντίδας περιστατικών που προσέρχονται χωρίς καθορισμένο ραντεβού, εξαιτίας είτε οξέων νοσημάτων είτε σοβαρών τραυματισμών (CDC 2022; WHO 2019).

### **Επείγουσα φροντίδα και τμήματα επειγόντων περιστατικών**

Καθώς η ιατρική επιστήμη εξελίσσεται διαρκώς και ακατάπαυστα, η διάγνωση και η θεραπεία διαφόρων νοσημάτων μεταβάλλεται, καθιστώντας επιτακτική την ανάγκη για ποιοτική περίθαλψη επείγουσας φροντίδας. Ενώ οι εξειδικευμένες γνώσεις και η ικανότητα διαχείρισης καταστάσεων άμεσης φροντίδας χρονολογούνται από την αρχαιότητα, η επείγουσα ιατρική άνοιξε μόλις πριν από 50 έτη. Έχει καθιερωθεί από καιρό ως κύρια ιατρική ειδικότητα στην Αυστραλία, τον Καναδά, την Ιρλανδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και τις Ηνωμένες Πολιτείες (ΗΠΑ). Το 1970 στο πανεπιστήμιο Σινσινάτι των ΗΠΑ ιδρύθηκε η ειδικότητα επείγουσας ιατρικής και το 1976 μια ομάδα πρωτοπόρων επιστημόνων ίδρυσε το Κολέγιο Αμερικανών Ιατρών ως απάντηση στην αναγκαιότητα ύπαρξης ειδικών ιατρών στη διαχείριση ασθενών έκτακτης ανάγκης. Μέχρι και πριν την καθιέρωση της ειδικότητας, τα

ΤΕΠ ήταν κατεξοχήν στελεχωμένα με νοσοκομειακούς ιατρούς σε εκ περιτροπής βάση (Huecker et al, 2022; WHO 2019).

Εξ ορισμού τα ΤΕΠ αντιπροσωπεύουν ένα ολοκληρωμένο σύστημα και αναπόσπαστο κομμάτι του υγειονομικού συστήματος, τα οποία αποτελεσματικά, συντονισμένα και έγκαιρα φροντίζουν για την αξιολόγηση, τη σταθεροποίηση και τη θεραπεία περιστατικών απρόοπτης ασθένειας ή τραυματισμού, προκειμένου να αποφευχθεί η πρόωρη θνησιμότητα ή η μακροχρόνια νοσηρότητα. Για την πλειονότητα των ανθρώπων είναι το πρώτο σημείο επαφής με τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, λειτουργώντας ευρύτερα ως «πύλη» για την πρόσβαση σε δευτερογενείς και τριτοβάθμιες υπηρεσίες (Al-Shaqsi, 2010).

Όπως διατυπώνεται στη Διακήρυξη της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Επείγουσας Ιατρικής (EUSEM) απώτερος σκοπός κάθε ΤΕΠ είναι η υποδοχή, διαλογή, πρόληψη, διάγνωση και διαχείριση επειγουσών και έκτακτων καταστάσεων που επηρεάζουν ασθενείς όλων των ηλικιακών ομάδων με πλήρες φάσμα αδιαφοροποίητων πολυπαραγοντικών διαταραχών. Στα ανωτέρω περιλαμβάνεται η εξασφάλιση ταχείας ιατρικής ανταπόκρισης για όσους αναζητούν άμεση ιατρική φροντίδα, διότι ο χρόνος και ο συγχρονισμός μπορεί να είναι αποβεί μοιραίος για τον ασθενή. Εκ προοιμίου μια μονάδα επείγουσας ανάγκης είναι ο ακρογωνιαίος λίθος σύνδεσης της προνοσοκομειακής και ενδονοσοκομειακής περίθαλψης των ασθενών, συνεπώς αποτελεί και το μόνο τμήμα του νοσοκομείου το οποίο παράσχει ιατρική φροντίδα χωρίς οποιοδήποτε οικονομικό, κοινωνικό, πολιτισμικό ή πολιτικό διαχωρισμό. Αξιοσημείωτο είναι πως στα περισσότερα κράτη ανά τον κόσμο η λειτουργία των ΤΕΠ αποτελεί βασικό δείκτη ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, καθώς έχει άμεσο αντίκτυπο στην εύρυθμη λειτουργία, αν όχι όλων, τουλάχιστον των περισσότερων κλινικών ενός νοσοκομείου, καθιστώντας αδήριτη την ανάγκη ουσιαστικής, αρμονικής και δη αμφοτερόπλευρης διατμηματικής και πολυδιάστατης συνεργασίας (EUSEM 1998; Smith et al, 2002).

## **Η σύγχρονη πραγματικότητα**

Τις τελευταίες δεκαετίες τα ΤΕΠ έχουν αναβαθμιστεί και εξελιχθεί, παρέχοντας εξειδικευμένη περίθαλψη σε μοναδικά σχεδιασμένους χώρους, στους οποίους στεγάζεται ειδικός εξοπλισμός, όπου το προσωπικό δύναται να ακολουθήσει πιστά τα ιατρικά πρωτόκολλα και να καλύψει πάσης φύσεως περιστατικά (παιδιατρικά, καρδιολογικά,

τραυματισμούς κ.α.). Συγχρόνως, εφαρμόζουν προγράμματα σχεδιασμού για την αντιμετώπιση μαζικών καταστροφών ή ατυχημάτων στον απόηχο πανδημιών, όπως η πρόσφατη της COVID-19, φυσικών καταστροφών (σεισμοί, τυφώνες) και τρομοκρατικών ή βομβιστικών επιθέσεων (Idil et al, 2018).

Από τα μέχρι πρόσφατα δεδομένα, αναδεικνύεται ότι τα ΤΕΠ έχουν απολέσει σε μεγάλο βαθμό την έννοια του «επείγοντος», με αποτέλεσμα να προσφέρουν όχι μόνο υπηρεσίες φροντίδας αλλά να λειτουργούν σαν «ομπρέλα προστασίας» για όσα άτομα αδυνατούν να απευθυνθούν σε κάποια άλλη δομή. Σε σχετική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διαπιστώθηκε πως οι λόγοι που συντελούν στην αξίωση άμεσης περίθαλψης είναι πολυδιάστατοι και πολυπαραγοντικοί. Ειδικότερα, οι αιτίες για τις οποίες οι ασθενείς προτιμούν να προσέρχονται στα ΤΕΠ είναι διότι πρωτίστως θεωρούνται πιο προσβάσιμα και πρακτικά, οι διαγνωστικές υπηρεσίες που προσφέρουν είναι διαθέσιμες καθ' όλη τη διάρκεια του 24ώρου, αρκετοί εξ αυτών δε διαθέτουν ασφαλιστική κάλυψη, αγνοούν τις εναλλακτικές μονάδες υγείας, έχουν την εσφαλμένη πεποίθηση ότι χρήζουν επείγουσας περίθαλψης και αρκετοί αντιμετωπίζουν δυσκολία πρόσβασης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Οι ανωτέρω λόγοι έχουν ως απότοκο τον αυξανόμενο ρυθμό προσελεύσεων στα ΤΕΠ (Idil et al, 2018).

### **Το φαινόμενο συνωστισμού στα τμήματα άμεσης φροντίδας**

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980, ο συνωστισμός στα ΤΕΠ αναδείχθηκε σε ζήτημα εθνικής σημασίας και υγειονομικής περίθαλψης. Το Αμερικανικό Κολέγιο Ιατρών Επείγουσας Ανάγκης (ACEP) ορίζει ως συνωστισμό ("crowding" ή "overcrowding") τη διαπιστωμένη ανάγκη για υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης, η οποία υπερβαίνει τους διαθέσιμους πόρους για τη φροντίδα των ασθενών σε ένα ΤΕΠ, στο νοσοκομείο ή και στα δύο. Με τη σειρά του το Αυστραλοασιατικό Κολέγιο Επείγουσας Ιατρικής (ACEM) αναφέρει ότι, όταν η χωρητικότητα νοσηλείας δεν επιτυγχάνεται από τους θαλάμους νοσηλείας, δημιουργείται ανισορροπία μεταξύ της ζήτησης των ασθενών και της προσφοράς που πρέπει να εξασφαλίζεται από το νοσοκομειακό σύστημα και σε αυτή την περίπτωση εμφανίζεται συνωστισμός (Morley et al, 2018; Savioli et al, 2022).

Η επισκεψιμότητα στα ΤΕΠ επηρεάζεται ουσιαστικά από τρεις παράγοντες: τον εισερχόμενο όγκο ασθενών (εισαγωγή), το χρόνο εξέτασης και αντιμετώπισης των ασθενών

(διακίνηση-διαλογή) και τον όγκο των ασθενών που εξέρχονται (εξαγωγή). Το πρόβλημα έχει επιδεινωθεί τα τελευταία χρόνια, με αρνητικές επιπτώσεις τόσο για τους ασθενείς όσο και για το προσωπικό των νοσοκομείων. Για τους προσερχομένους η συμφόρηση στα τμήματα άμεσης ανάγκης συσχετίζεται με δυσφορία, μειωμένη ιδιωτικότητα (πολλοί ασθενείς σε περιορισμένο χώρο), καθυστερήσεις στη θεραπεία και υψηλότερο κίνδυνο παρατεταμένης νόσου και θανάτου. Από την πλευρά του προσωπικού αποτελεί ανάσχεση στην παροχή κατάλληλης φροντίδας, καταλήγοντας σε ανεπιθύμητες συνέπειες για τους ασθενείς, όπως αυξημένο ποσοστό θνησιμότητας και θνητότητας, αναμονή για περισσότερες ώρες και έξοδο από το ΤΕΠ χωρίς αξιολόγηση (Sartini et al, 2022).

Το φαινόμενο συνωστισμού στα ΤΕΠ δυστυχώς πλήττει και την Ελλάδα και με τη συνέργεια διαφόρων παραγόντων εμφανίζει σημαντική δυναμική και επιδείνωση. Αναμφίβολα τα αίτια του συνωστισμού στον ελλαδικό χώρο είναι σύνθετα και πολυπαραγοντικά. Κατ' αρχάς από το 2016 η ελληνική κυβέρνηση επέκτεινε την υγειονομική κάλυψη στους άνεργους και οικονομικά αδύναμους, στους πρόσφυγες και μετανάστες, επιβαρύνοντας κατά πολύ τις δομές επείγουσας περίθαλψης. Στην αύξηση της προσέλευσης ασθενών συμβάλλει και η γήρανση του ελληνικού πληθυσμού, μάλιστα, σύμφωνα με πρόσφατα δεδομένα ο πληθυσμός άνω των 65 ετών έχει ξεπεράσει τα 2,4 εκατομμύρια το 2023, έναντι 2,1 εκατομμυρίων το 2008. Ιθύνουσας σημασίας αποτελεί και το γεγονός πως το δίκτυο πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης χαρακτηρίζεται από ασυνέπεια στη διαθεσιμότητα, προσβασιμότητα και ποιότητα των υπηρεσιών του μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών, οδηγώντας ένα σημαντικό τμήμα του πληθυσμού με ήσσονος σημασίας προβλήματα υγείας στα ΤΕΠ (Kotsiou et al, 2018; Koutsierimpas et al, 2019; ΕΛΣΤΑΤ 2023).

### **Οι επιπτώσεις συνωστισμού στα τμήματα επείγουσας ανάγκης**

Πολυάριθμες μελέτες αναφέρουν πως ο χρόνος αναμονής στα ΤΕΠ επιμηκώνεται. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η διάρκεια παραμονής ξεπερνά τις εννέα ώρες και οι ασθενείς είναι πιο πιθανό να εγκαταλείψουν τα ΤΕΠ πριν την κλινική αξιολόγηση. Σύμφωνα με μια μελέτη διαπιστώθηκε ότι το μέσο ποσοστό των ασθενών που αποχωρούν από τα ΤΕΠ (χωρίς να εξεταστούν ("Left Without Being Seen") σχεδόν διπλασιάστηκε από 1,1% σε 2,1% κατά το διάστημα Ιανουαρίου του 2017 έως Δεκεμβρίου του 2021. Να σημειωθεί πως η αύξηση των

επισκέψεων από μόνη της δεν προκαλεί συνωστισμό στα ΤΕΠ, με την προϋπόθεση ότι διατηρείται καλή ροή ασθενών προς το υπόλοιπο νοσοκομείο (RCEM 2021).

Πληθώρα άρθρων και μελετών τεκμηριώνουν τις επιπτώσεις του φαινομένου στην ποιότητα της περίθαλψης, τον κίνδυνο ανεπιθύμητων συμβάντων ή ιατρικών σφαλμάτων. Τα ποσοστά θνησιμότητας αυξάνονται σύμφωνα με τη διάρκεια παραμονής του ασθενούς στο ΤΕΠ. Για παράδειγμα, έχει παρατηρηθεί πως η θνησιμότητα ήταν 2,5% σε όσα άτομα παρέμειναν για λιγότερο από δύο ώρες και αυξήθηκε σε ποσοστό 4,5% για όσα παρέμειναν άνω των 12 ωρών. Σε μια μελέτη που διεξήχθη στη Δυτική Αυστραλία το 2006, η θνησιμότητα φάνηκε επίσης να είναι υψηλότερη σε περιόδους υπερπλήρωσης των τμημάτων επείγουσας ανάγκης, επιφέροντας περίπου 13 επιπλέον θανάτους ανά έτος στον πληθυσμό των ασθενών. Σύμφωνα με την έρευνα της Woodworth το 2019, αναφέρεται ότι ο συνωστισμός στα ΤΕΠ αυξάνει τον κίνδυνο θανάτου των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, η μείωση κατά 10% του όγκου των ασθενών στα τμήματα επειγόντων περιστατικών μειώνει σημαντικά την πιθανότητα θνησιμότητας του μέσου ασθενούς. Ευρύτερα, αυτό το αποτέλεσμα αναλογεί σε μείωση 24% και 17% του ποσοστού θνησιμότητας σε διάστημα 30 ημερών και 6 μηνών αντίστοιχα (Richardson, 2006; Salway et al, 2017; Singer et al, 2011; Woodworth, 2019).

Σύμφωνα με μια εθνική ανασκόπηση που διεξήχθη στη Σουηδία αναφορικά με τα είδη σφαλμάτων που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της περίθαλψης στα ΤΕΠ, τα ιατρικά λάθη διαχωρίζονται σε τρεις βασικές κατηγορίες. Τα διαγνωστικά λάθη είναι ο πιο κοινός τύπος διότι το προσωπικό στα τμήματα άμεσης φροντίδας δε διαθέτει επάρκεια χρόνου, διαπροσωπικής επαφής και επικοινωνίας με τον ασθενή (υποβολή σε ακατάλληλες εργαστηριακές εξετάσεις, εκτίμηση αποτελεσμάτων ή ελλιπές ιατρικό ιστορικό). Έπονται τα σφάλματα κατά τη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής λόγω του αυξημένου όγκου των περιστατικών (σύγχυση στην επιλογή ασθενούς, υπερδοσολογία ή χαμηλότερη δόση). Τέλος, εξαιτίας των εξαντλητικών ωραρίων εργασίας του υγειονομικού προσωπικού και της έλλειψης εργατικού δυναμικού, παρατηρείται αδυναμία στην επίβλεψη των περιστατικών (Källberg et al, 2013).

Κατ' επέκταση ο περιορισμός της συμφόρησης των ΤΕΠ αποτελεί πρόκληση για τα παγκόσμια συστήματα υγείας και καθιστά απαραίτητη αν όχι επιτακτική την ανάγκη εξεύρεσης λύσης.

## Λύσεις για την αντιμετώπιση του φαινομένου στο νοσοκομειακό χώρο

Αναμφίβολα, είναι ζωτικής σημασίας ο εντοπισμός των πολυποίκιλων πτυχών του συνωστισμού στις υπηρεσίες άμεσης φροντίδας, ώστε να αντιμετωπιστούν επιτυχώς οι αναδυόμενες προκλήσεις του φαινομένου. Πρωτίστως, προτείνεται αύξηση του ιατρονοσηλευτικού δυναμικού, αλλαγή χωροταξίας και επέκταση των χώρων στα ΤΕΠ, η οποία αυτομάτως θα διευρύνει τη χωρητικότητα των κλινών νοσηλείας (Hammer et al, 2022; Salway et al, 2017).

Μια άλλη λύση στην αντιμετώπιση των αυξημένων εισροών στα ΤΕΠ θα μπορούσε να είναι τα «Ιατρεία Διακίνησης Περιστατικών Χαμηλής Επικινδυνότητας» ("Fast-Track"). Τα αναφερόμενα ιατρεία αποτελούν μια αποτελεσματική στρατηγική «ταχείας εξυπηρέτησης» για τη διαχείριση του υπερπληθυσμού σε νοσοκομειακό περιβάλλον, στα οποία οι ιατροί και νοσηλευτές των ΤΕΠ μπορούν να προβλέψουν ποιοι ασθενείς θα λάβουν εξιτήριο μετά από μια ταχεία διαλογή με ακρίβεια άνω του 90%. Αξιοσημείωτο είναι το ότι επιτρέπουν στα νοσοκομεία να διαβαθμίζουν το επείγον ή όχι περιστατικό και να συστήνεται η καταλληλότερη θεραπεία στους ασθενείς, χωρίς απειλητικές για τη ζωή τους συνέπειες. Η σύσταση των συγκεκριμένων ιατρείων θα μπορούσε να μειώσει τους χρόνους εξυπηρέτησης, αναμονής και να βελτιώσει τη συνολική διαχείριση της επισκεψιμότητας (ACEP 2006; Darrab et al, 2006).

Συν τοις άλλοις, η λειτουργία «τμημάτων διαλογής» ("Triage") φαίνεται πως έχει ευεργετικά αποτελέσματα στην αποσυμφόρηση των τμημάτων άμεσης ανάγκης. Ο ιατρός ή ο νοσηλευτής αξιολογεί τα περιστατικά ακολουθώντας τη διαδικασία ιεράρχησης με βάση τη σοβαρότητα ή κρισιμότητα της κατάστασής τους, προσδιορίζοντας την προτεραιότητα της ανάγκης (ταξινόμηση επείγοντος) και τον πρόσφορο τρόπο θεραπείας (διενέργεια εργαστηριακών, απεικονιστικών εξετάσεων). Επιπρόσθετα, οι ασθενείς χαμηλής οξύτητας είναι εφικτό να διαχειρίζονται άμεσα, να αποχωρούν απευθείας από την αίθουσα αναμονής, μειώνοντας τις καθυστερήσεις στην περίθαλψη των υπόλοιπων ασθενών και ευρύτερα το συνωστισμό στα ΤΕΠ (ACEP 2006; Hammer et al, 2022; Jung et al, 2021; Morreel et al, 2021).

Στην περιφέρεια British Columbia του Καναδά, μια ομάδα εμπειρογνομώνων για την αποσυμφόρηση των επειγόντων περιστατικών (ED Decongestion Expert Panel) συγκέντρωσε

αναγνωρισμένους επιστήμονες στον τομέα της επείγουσας ιατρικής και της αναδιοργάνωσης του συστήματος υγείας και υπέβαλε στην Επιτροπή Επιχειρήσεων Υγείας (HOC) μια έκθεση για τη βελτίωση της πρόσβασης και αποσυμφόρησης στα ΤΕΠ. Σύμφωνα με τα υφιστάμενα εμπόδια στη λειτουργία των υπηρεσιών επείγουσας ανάγκης ανέδειξαν οκτώ βασικούς πυλώνες διαχείρισης: εστίαση στη χωρητικότητα και ροή του συστήματος ως κύρια οργανωτική προτεραιότητα, κατανομή πόρων με βάση τον τεχνικό σχεδιασμό και τη μοντελοποίηση του συστήματος υγείας, ενίσχυση επικοινωνίας των υγειονομικών αρχών με τα εκάστοτε υπουργεία, τυποποίηση μέτρων, δεδομένων, κλινικών πληροφοριών και εργαλείων υποστήριξης αποφάσεων, διερεύνηση νέων πηγών για χρηματοδοτική ενίσχυση, διασφάλιση αποτελεσματικής υποστήριξης για τη διαχείριση αλλαγών, εφαρμογή καινοτόμων πρωτοβουλιών στο σχεδιασμό και την πολιτική υγείας, σύσταση συμβουλίων υπηρεσιών επείγουσας φροντίδας (HOC 2009).

### **Λύσεις για την αντιμετώπιση του φαινομένου στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας**

Καθοριστικοί παράγοντες στο μετριασμό των επισκέψεων στα ΤΕΠ είναι οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) είναι μια προσέγγιση ολόκληρης της κοινωνίας για την υγεία που στοχεύει στη διασφάλιση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας και ευημερίας και της δίκαιης κατανομής υπηρεσιών, εστιάζοντας στις ανάγκες των ανθρώπων, κατά το μέτρο του δυνατού νωρίτερα και καθόλη τη διάρκεια από την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη ασθενειών έως τη θεραπεία αποκατάστασης και παρηγορητικής φροντίδας και όσο το δυνατό πιο κοντά στο καθημερινό περιβάλλον των ανθρώπων (WHO 2023).

Η εύκολη και αβίαστη πρόσβαση στην ΠΦΥ έχει ως επακόλουθο την έγκαιρη διαχείριση των προβλημάτων υγείας και ευρύτερα το μετριασμό της νοσηρότητας και θνησιμότητας. Σε πρόσφατη μελέτη που διεξήχθη σε χώρα της Κεντρικής Αμερικής, η ενίσχυση της πρόσβασης στην ΠΦΥ αφενός σημείωσε 13% μείωση στη θνησιμότητα των ασθενών που συμμετείχαν και αφετέρου η πλειονότητα προτίμησε να επισκεφθεί δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας. Επιπρόσθετα διαπιστώθηκε αύξηση στο προσδόκιμο ζωής και στη βελτίωση της υγείας τους, έναντι όσων ασθενών δεν είχαν πρόσβαση στις δομές ΠΦΥ (Mora-García et al, 2023).



Σε χώρες της Ευρώπης που διαθέτουν πιο δομημένη πρωτοβάθμια περίθαλψη στις αστικές και επαρχιακές περιοχές (περιπατητικά κέντρα, μονάδες μικροτραυματισμών ή κέντρα στην κοινότητα), η σύνδεση του τοπικού πληθυσμού με τα ιατρεία ΠΦΥ επιδρά θετικά στην αποσυμφόρηση των ΤΕΠ. Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση των ΗΠΑ στην προσπάθειά της να μετριάσει τους φραγμούς στην ΠΦΥ στον πληθυσμό των επαρχιακών περιοχών, θέσπισε νομοθετικές πράξεις, σύμφωνα με τις οποίες παρέχεται η δυνατότητα πρόσβασης σε δομές ΠΦΥ, ανεξαρτήτως ασφαλιστικής κάλυψης ή δυνατότητας αποπληρωμής. Ως εκ τούτου, η συγκεκριμένη μεταρρύθμιση αποτελεί ένα «δίχτυ ασφαλείας» για τους ανασφάλιστους και άπορους με θετικό αντίκτυπο στο μετριασμό των εισροών στα τμήματα άμεσης ανάγκης. Μολονότι σε παγκόσμιο επίπεδο καταβάλλονται φιλότιμες ενέργειες για την αναβάθμιση των υπηρεσιών ΠΦΥ, δυστυχώς σε αρκετές χώρες και ανεπτυγμένες ακόμη, η πρόσβαση παραμένει ελλιπής (Fishman et al, 2018; Shi, 2012).

Ζωτικής σημασίας παράγοντα για την αντιμετώπιση του συνωστισμού στα ΤΕΠ των νοσοκομείων είναι η ανάπτυξη των υπηρεσιών ΠΦΥ που δέχονται ασθενείς εκτός του καθιερωμένου ωραρίου λειτουργίας ("out-of-hours"). Η διαθεσιμότητα φροντίδας εκτός ωραρίου κατέχει καθοριστικό ρόλο στην έγκαιρη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, στην άμεση διάγνωση και διαχείριση των ασθενειών και στην πρόληψη επιδείνωσης των επιπλοκών (Mosalpuria et al, 2021).

Μέχρι πρότινος, στις περισσότερες χώρες ανά την Ευρώπη η «εκτός ωραρίου» λειτουργία παρέχόταν από τους γενικούς ή οικογενειακούς ιατρούς ("GPs"), διότι ήταν ευρύτερα γνωστοί και αποτελούσαν το πρώτο σημείο επαφής για το γενικό πληθυσμό. Εν τούτοις, τα τελευταία χρόνια σε χώρες όπως οι ΗΠΑ, ο Καναδάς και σε ευρωπαϊκό επίπεδο, η Ολλανδία, η Ιρλανδία, το Βέλγιο και το Ηνωμένο Βασίλειο εφαρμόζεται ευρέως και με γοργούς ρυθμούς η λειτουργία «εκτός ωραρίου» με τη συνέργεια και άλλων υπηρεσιών (Mosalpuria et al, 2021).

Για την πραγμάτωση της «εκτός ωραρίου» πρωτοβάθμιας περίθαλψης υιοθετούνται ποικίλα προγράμματα-μοντέλα. Αυτά που ξεχωρίζουν είναι: τα συνεταιριστικά ιατρεία γενικών ιατρών, ο συντονισμός «εκτός ωραρίου» υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας με τα εφημερεύοντα ΤΕΠ, η λειτουργία «εκτός ωραρίου» δομών ΠΦΥ, είτε εντός των τμημάτων άμεσης ανάγκης ή σε γειτνίαση με τα νοσοκομεία, τα κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας, τα ιδιωτικά εξωτερικά ιατρεία οικογενειακών ιατρών, και οι εκ περιτροπής εφημερίες ιατρών ΠΦΥ μαζί με τα ΤΕΠ (Mosalpuria et al, 2021).

Αξίζει να σημειωθεί ότι μια ομάδα εργασίας του Ευρωπαϊκού Ερευνητικού Δικτύου για την «εκτός ωραρίου» πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (EurOOHnet) προσδιόρισε ορισμένους τρόπους για την επίλυση των προκλήσεων κατά την εκτός του καθιερωμένου ωραρίου λειτουργία των ΠΦΥ. Ειδικότερα κάνει λόγο για σαφή και εξακριβωμένο ορισμό των διαφορετικών «εκτός ωραρίου» μοντέλων, για προσδιορισμό της κατηγοριοποίησης της έννοιας του «επείγοντος» και «μη επείγοντος». Τέλος, για την αποφυγή απώλειας κρίσιμων στοιχείων του ασθενούς, συστήνει την καθιέρωση ενός σύγχρονου συστήματος μεταφοράς πληροφοριών και δεδομένων μεταξύ διαφορετικών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης (Leutgeb et al, 2014).

Είναι άξιο αναφοράς το γεγονός ότι σε αρκετές χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), συμπεριλαμβανομένων του Ηνωμένου Βασιλείου, της Γαλλίας, του Βελγίου, της Αυστραλίας και της Δανίας έχουν αναπτυχθεί οι τηλεφωνικές υπηρεσίες ιατρών ΠΦΥ. Ειδικότερα, αποτελούν εναλλακτικό δίαυλο πρόσβασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα και λειτουργούν ως υπηρεσίες ανταπόκρισης σε θέματα υγείας, παρέχοντας ταχεία μεταφορά των περιστατικών σε εγκαταστάσεις άμεσης περίθαλψης. Με τον εντοπισμό των αναγκών υγείας και αντιμετώπισης των ασθενών, οι τηλεφωνικές υπηρεσίες δρουν ευεργετικά στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας και συνεπικουρούν στην αποσυμφόρηση των ΤΕΠ (Berchet, 2015).

Μια ωφέλιμη και αποδοτική υπηρεσία στην επίλυση των αυξημένων εισροών στα τμήματα άμεσης ανάγκης είναι η συμμετοχή των ιατρών πρωτοβάθμιας περίθαλψης στα ΤΕΠ. Χαρακτηρίζεται ως ολοκληρωμένη και αποτελεσματική λύση στη φροντίδα ασθενών με ελάσσονα προβλήματα υγείας. Πιο συγκεκριμένα, οι ιατροί λειτουργούν ως «φύλακες» ("gatekeepers"), αξιολογούν άμεσα τα μη επείγοντα περιστατικά και τα ανακατευθύνουν σε ανάλογες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας (Berchet, 2015).

Παρόλο που στη βιβλιογραφία δεν αναφέρονται πολλές παρεμβάσεις σχετικά με τη χρήση της τηλεϊατρικής, δεν παύει να αποτελεί μια άλλη επιλογή στην αποκλιμάκωση των επισκέψεων στα ΤΕΠ, ιδίως για άτομα με μακροχρόνιες παθήσεις. Έχει φανεί πως ενισχύει τη συνήθη περίθαλψη, παρέχοντας ειδικό εξοπλισμό παρακολούθησης του ασθενούς και της αποστολής δεδομένων σε επαγγελματία υγείας της ΠΦΥ. Η εν λόγω στρατηγική περιλαμβάνει την απομακρυσμένη χρήση πληροφοριών για την εξέταση, παρακολούθηση και αντιμετώπιση των περιστατικών. Η συγκεκριμένη αλληλεπίδραση ιατρού-ασθενούς διευρύνει τη γνώση των πασχόντων αναφορικά με τη διαχείριση των χρόνιων ασθενειών και

της λειτουργίας εναλλακτικών υπηρεσιών υγείας της εκάστοτε χώρας. Αναμφίβολα, η τηλεϊατρική θα μπορούσε να βοηθήσει τους ασθενείς να κατανοήσουν καλύτερα την κατάσταση της υγείας τους, να παράσχει εργαλεία για την αυτοπαρακολούθηση και να μετατοπίσει την παροχή υγειονομικής περίθαλψης από τα νοσοκομεία στις δομές ΠΦΥ (NEHI 2010).

Συνοψίζοντας, το Δίκτυο Αριστείας στην Καινοτομία της Υγείας (NEHI) εξέδωσε μια συνοπτική έρευνα σύμφωνα με την οποία προτείνει βασικές δράσεις που πρέπει να αναλάβουν οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων ώστε να περιοριστεί η αλόγιστη χρήση των ΤΕΠ. Συστήνει την καθιέρωση σχέσεων συνεργασίας μεταξύ των τμημάτων άμεσης φροντίδας, των παρόχων πρωτοβάθμιας περίθαλψης και των κοινοτικών υπηρεσιών διότι καθαυτό τον τρόπο, οι παρεχόμενες υπηρεσίες θα είναι πιο ποιοτικές εφόσον υπάρχει πνεύμα σύμπνοιας, και όχι ανταγωνιστικών σχέσεων. Επίσης, κάνει λόγο για αύξηση χρηματοδότησης στις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας και επιπρόσθετων ανταμοιβών στο εργατικό δυναμικό ώστε να προσφέρονται ενισχυμένες υπηρεσίες στον πληθυσμό, όπως διευρυμένο ωράριο, κατ' οίκον επισκέψεις, επικοινωνία μέσω τηλεφώνου ή ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Γίνεται αναφορά για επένδυση στην τεχνολογία πληροφοριών υγείας, όπως οι ηλεκτρονικοί ιατρικοί φάκελοι που κρίνονται απαραίτητοι για το συντονισμό της περίθαλψης σε όλο το σύστημα υγείας, καθώς και στην πραγματοποίηση διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ. Προτείνεται αύξηση του υγειονομικού προσωπικού πρωτοβάθμιας περίθαλψης ώστε να καθιερωθεί ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού, να βελτιωθεί ο συντονισμός και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, συμβάλλοντας έτσι στην καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών. Τέλος, συστήνει την αναδόμηση και επανασχεδιασμό της ΠΦΥ μέσω της αναβάθμισης των υποδομών, του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού και της εκπαίδευσης του προσωπικού (NEHI 2010).

Υπό το πρίσμα των ανωτέρω γίνεται αντιληπτό πως η πρωτοβάθμια περίθαλψη αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο για την οικοδόμηση ενός ισχυρού συστήματος υγείας, επιτυγχάνοντας ευεργετικά αποτελέσματα στην υγεία και την ισότιμη πρόσβαση όλου του πληθυσμού. Κραταιά συστήματα ΠΦΥ δύνανται να συντονίζουν επιτυχώς τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους και να διαχειρίζονται αποτελεσματικά τα εισερχόμενα περιστατικά. Ωστόσο, παρά την παγκόσμια ομοφωνία ότι η πρωτοβάθμια περίθαλψη αποτελεί θεμελιώδη συνιστώσα κάθε συστήματος υγείας, εντοπίζεται αξιοσημείωτη ανισορροπία μεταξύ αυτής και των τμημάτων επείγουσας ανάγκης στα νοσοκομεία. Τα τελευταία χρόνια η χρήση των ΤΕΠ έχει αυξηθεί θεαματικά με επισκέψεις ακατάλληλων ή μη επειγόντων περιστατικών,

συμβάλλοντας στην εμφάνιση υπερεπισκεψιμότητας. Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η διερεύνηση της επίδρασης ποικίλων παρεμβάσεων, στρατηγικών ή πρωτοβουλιών στην πρωτοβάθμια φροντίδα, αποβλέποντας ευρύτερα στον περιορισμό του συνωστισμού στα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων.

## **Μεθοδολογία**

### **Σχεδιασμός της μελέτης**

Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση που αποσκοπεί στην ανεύρεση παρεμβάσεων που εφαρμόστηκαν στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, με απώτερο σκοπό τη μείωση του συνωστισμού και επισκεψιμότητας στα ΤΕΠ των νοσοκομείων.

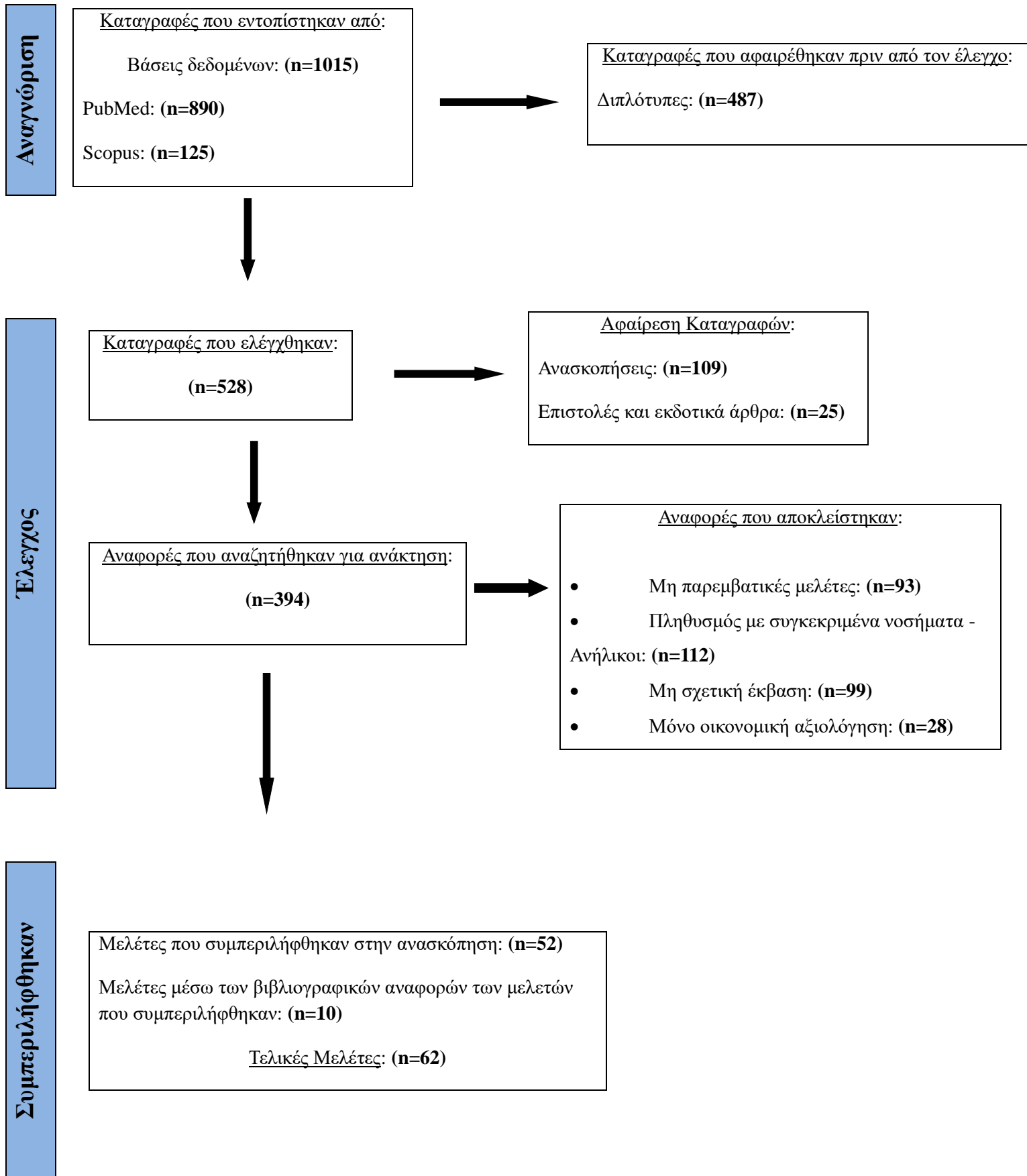
### **Στρατηγική αναζήτησης και επιλογής μελετών**

Για τους σκοπούς της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης διενεργήθηκε αναζήτηση βιβλιογραφικών πηγών αναφορικά με παρεμβατικές μελέτες στην ΠΦΥ σε δύο βιβλιογραφικές βάσεις δεδομένων, την PubMed και τη Scopus. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με την εφαρμογή λέξεων-κλειδιών προκειμένου να αναδειχθεί η διευρυμένη πρόσβαση ή αναδιάρθρωση στις υπηρεσίες ΠΦΥ μέσω παρεμβάσεων.

Οι λέξεις-κλειδιά που τέθηκαν ήταν: [intervention OR strategies OR effect] AND [primary care OR primary healthcare OR primary care physician OR primary care professionals OR family physician OR family doctor OR general practitioner OR general physician] AND [emergency OR urgent OR accident OR casualty] AND [department OR unit OR service OR ward OR room] AND [crowding OR overcrowding OR attendances OR admission OR access]. Επιπρόσθετα καθορίστηκαν φίλτρα όσον αφορά το είδος των μελετών, τη διαθεσιμότητα καθώς και το έτος δημοσίευσής τους, ήτοι τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές (RCTs) ή παρεμβατικές – συγκριτικές μελέτες, κατά το διάστημα: Ιανουάριος 2000 έως Δεκέμβριος 2023, ενώ δεν υπήρχε κάποιος γλωσσικός περιορισμός.

Από την παρούσα αναζήτηση προέκυψαν συνολικά 1015 καταγραφές, 890 στην PubMed και 125 στη Scopus, αφαιρέθηκαν 487 διπλότυπα άρθρα, καταλήγοντας έτσι σε 528 στα οποία ελέγχθηκαν οι τίτλοι και περιλήψεις. Εν συνεχεία, αφαιρέθηκαν 109 βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις (literature review), 25 επιστολές (letter to the editor) και εκδοτικά άρθρα (editorial). Στα 379 άρθρα που πληρούσαν τα ανωτέρω κριτήρια διενεργήθηκε εξ' ολοκλήρου έλεγχος κειμένου και αποκλείστηκαν επιπλέον 93 μελέτες οι οποίες δεν ήταν παρεμβατικές, 112 άρθρα που ο πληθυσμός μελέτης αφορούσε παιδιατρικό πληθυσμό ή πληθυσμό που έπασχε μόνο από συγκεκριμένα νοσήματα π.χ. άσθμα, καρδιαγγειακά νοσήματα, σακχαρώδη διαβήτη, κακοήθειες κ.α., 89 αναφορές στις οποίες η έκβαση δε σχετιζόταν με τη μεταβολή επισκεψιμότητας στα ΤΕΠ (νοσηλείες, μείωση χρόνου αναμονής) και 23 άρθρα που εστίαζαν αποκλειστικά στην οικονομική αξιολόγηση προγραμμάτων ή παρεμβάσεων. Εν κατακλείδι, επιλέχθηκαν 62 μελέτες, οι οποίες εξετάζονται στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση και η ανωτέρω διεργασία περιγράφεται σύμφωνα με το διάγραμμα ροής PRISMA 2020 για νέες συστηματικές ανασκοπήσεις το οποίο παρατίθεται στην Εικόνα 1.

Αναγνώριση μελετών μέσω βάσεων δεδομένων και μητρώων



## Αποτελέσματα

### Γενικά χαρακτηριστικά μελετών

Όπως προαναφέρθηκε οι μελέτες που αναλύθηκαν ήταν 62 και εμφανίζουν ετερογένεια όσον αφορά τις χώρες που πραγματοποιήθηκαν, το είδος αυτών και τα αποτελέσματα που εξήγαγαν. Για την ακρίβεια, οι 23 εξ αυτών υλοποιήθηκαν στις ΗΠΑ (Schillinger et al, 2000; Sommers et al, 2000; Coleman et al, 2001; Scott et al, 2004; Horwitz et al, 2005; Retchin et al, 2009; Rust et al, 2009; Bertakis et al, 2011; Boulton et al, 2011; Bynum et al, 2011; DeHaven et al, 2012; Takahashi et al, 2012; Fifield et al, 2013; Goodman et al, 2013; Burns et al, 2014; Nelson et al, 2014; Pourat et al, 2015; Wexler et al, 2015; Chang et al, 2016; Capp et al, 2017; Tsai et al, 2018; Schrader et al, 2019; Singh et al, 2023), ακολουθεί το Ηνωμένο Βασίλειο με οκτώ (Shum et al, 2000; Hsu et al, 2003; Salisbury et al, 2007; Arain et al, 2013; Campbell et al, 2014; Dolton et al, 2016; Whittaker et al, 2016; Safari et al, 2023), η Αυστραλία με επτά μελέτες (Bird et al, 2007; Buckley et al, 2010; Codde et al, 2010; Payne et al, 2017; Mann et al, 2021; Reed et al, 2021; Bonney et al, 2022), ο Καναδάς με έξι (Jones et al, 2011; Stampa et al, 2014; Marshall et al, 2016; Devlin et al, 2020; Jones et al, 2020; Mangin et al, 2023), με πέντε η Ολλανδία (van Uden et al, 2003; van Uden et al, 2004; van Uden et al, 2005; Thijssen et al, 2013; van Gils-van Rooij et al, 2015), με τέσσερις η Ιρλανδία (O’Keeffe, 2008; O’Kelly et al, 2010; Nolan, 2011; Cassarino et al, 2021), η Ιταλία με τρεις (Bruni et al, 2016; Ugolini et al, 2016; Posocco et al, 2018), το Βέλγιο με δύο (Philips et al, 2010; Colliers et al, 2017) και με μία η Βραζιλία (Hone et al, 2022), το Μεξικό (Murnik et al, 2006), η Δανία (Vedsted et al, 2001) και τέλος η Ισπανία (González-Ortega et al, 2017).

Όσον αφορά το είδος των μελετών ξεχωρίζουν σε αριθμό οι τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές (n=31) (Schillinger et al, 2000; Shum et al, 2000; Sommers et al, 2000; Coleman et al, 2001; Hsu et al, 2003; van Uden et al, 2003; Scott et al, 2004; van Uden et al, 2004; Horwitz et al, 2005; van Uden et al, 2005; Murnik et al, 2006; Salisbury et al, 2007; O’Keeffe, 2008; Codde et al, 2010; Philips et al, 2010; Bertakis et al, 2011; Boulton et al, 2011; Takahashi et al, 2012; Arain et al, 2013; Fifield et al, 2013; Burns et al, 2014; Campbell et al, 2014; Stampa et al, 2014; Wexler et al, 2015; González-Ortega et al, 2017; Cassarino et al, 2021; Mann et al, 2021; Reed et al, 2021; Bonney et al, 2022; Mangin et al, 2023; Safari et al,

2023) που εξετάζουν τον αντίκτυπο συντονισμένων προγραμμάτων στις υπηρεσίες ΠΦΥ με τη σύμπραξη είτε της πολιτείας, είτε του προσωπικού πρωτοβάθμιας περίθαλψης, είτε της τηλεϊατρικής. Ορισμένες αναφέρονται στην επίδραση μοντέλων ή προγραμμάτων δικτύου πρόσβασης στην κοινότητα ή καθοδηγούμενης φροντίδας ή στην άρση φραγμών πρόσβασης στην ΠΦΥ. Επιπρόσθετα, επικεντρώνονται στη συνεργασία ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας στα ΤΕΠ, στη διεύρυνση ωραρίου λειτουργίας ΠΦΥ ή στην αναβάθμιση παροχής υπηρεσιών με απώτερο σκοπό την ασθενοκεντρική φροντίδα. Επιπλέον, εξετάζουν την επίδραση ίδρυσης ενός νεοσύστατου πρωτοβάθμιου κέντρου φροντίδας, την αλλαγή ωραρίου λειτουργίας δομής ΠΦΥ αλλά και την επιρροή που ασκεί η λειτουργία πρωτοβάθμιων κέντρων επείγουσας φροντίδας με την αναδιοργάνωση της εκτός ωραρίου λειτουργίας τους. Ακολουθούν οι μελέτες σύγκρισης της κατάστασης (μετά την εφαρμογή της παρέμβασης) (n=11) (Bird et al, 2007; Retchin et al, 2009; Nelson et al, 2014; Bruni et al, 2016; Chang et al, 2016; Dolton et al, 2016; Whittaker et al, 2016; Capp et al, 2017; Schrader et al, 2019; Hone et al, 2022; Singh et al, 2023) οι οποίες περιγράφουν ή αξιολογούν νέα και καινοτόμα μοντέλα φροντίδας, πρόσβασης, ασφάλισης, πολιτικές επέκτασης, διαθεσιμότητας υπηρεσιών και ανακατάταξης προσωπικού στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Οι μελέτες σύγκρισης της κατάστασης (πριν και μετά την εφαρμογή της παρέμβασης) (n=11) (Rust et al, 2009; Bynum et al, 2011; Jones et al, 2011; DeHaven et al, 2012; Thijssen et al, 2013; Pourat et al, 2015; van Gils-van Rooij et al, 2015; Marshall et al, 2016; Ugolini et al, 2016; Colliers et al, 2017; Payne et al, 2017) αναλύουν την επίδραση οργανωμένων σχεδιασμών στην ΠΦΥ με την αρωγή της πολιτείας, την εκτός ωραρίου λειτουργία κέντρων υγείας αστικού τύπου ή γενικών ιατρών και των ΤΕΠ των νοσοκομείων. Οι αναδρομικές μελέτες (n=8) (Buckley et al, 2010; O'Kelly et al, 2010; Nolan, 2011; Goodman et al, 2013; Posocco et al, 2018; Tsai et al, 2018; Devlin et al, 2020; Jones et al, 2020) εστιάζουν στην επιρροή που ασκεί η επέκταση του ωραρίου λειτουργίας δομών της ΠΦΥ με τη συνέργεια ιατρών πρωτοβάθμιας περίθαλψης ή οικογενειακών ιατρών στα τμήματα άμεσης βοήθειας και την παροχή κατ' οίκον επισκέψεων από προσωπικό πρωτοβάθμιων δομών. Τέλος, η οικολογική μελέτη (n=1) (Vedsted et al, 2001) επικεντρώνεται στην εκτός ωραρίου τηλεφωνική διαλογή από γενικούς ιατρούς.



## **Παρεμβάσεις που αποσκοπούν στη βελτίωση της προσβασιμότητας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη μέσω συνεργασίας ιατρών και τοπικών πρωτοβουλιών**

Η συντριπτική πλειονότητα 41 μελετών (Schillinger et al, 2000; Shum et al, 2000; Sommers et al, 2000; Coleman et al, 2001; Vedsted et al, 2001; van Uden et al, 2003; Scott et al, 2004; van Uden et al, 2004; Horwitz et al, 2005; van Uden et al, 2005; Bird et al, 2007; O’Keeffe, 2008; Rust et al, 2009; Buckley et al, 2010; Codde et al, 2010; O’Kelly et al, 2010; Philips et al, 2010; Bertakis et al, 2011; Boulton et al, 2011; Bynum et al, 2011; Jones et al, 2011; Nolan, 2011; Fifield et al, 2013; Goodman et al, 2013; Thijssen et al, 2013; Burns et al, 2014; Nelson et al, 2014; Stampa et al, 2014; van Gils-van Rooij et al, 2015; Wexler et al, 2015; Bruni et al, 2016; Dolton et al, 2016; Marshall et al, 2016; Whittaker et al, 2016; Colliers et al, 2017; Payne et al, 2017; Posocco et al, 2018; Tsai et al, 2018; Schrader et al, 2019; Mann et al, 2021; Bonney et al, 2022) τονίζει την επίδραση της επέκτασης πρόσβασης στην ΠΦΥ αφενός με την εκτός ωραρίου ή διευρυμένη λειτουργία ιατρικών πρωτοβάθμιας φροντίδας και αφετέρου με τη συνεργασία προσωπικού πρωτοβάθμιων δομών με τα ΤΕΠ νοσοκομείων. Πιο συγκεκριμένα οι εν λόγω μελέτες πραγματοποιήθηκαν στις ΗΠΑ, Καναδά, Αυστραλία, Ολλανδία, Ιταλία, Δανία, Ιρλανδία, Βέλγιο και Ηνωμένο Βασίλειο και αναδεικνύουν πώς η τακτική επικοινωνία (τηλεφωνική ή διά ζώσης) με τον οικογενειακό ιατρό, η λειτουργία κέντρων υγείας στα παρακείμενα ΤΕΠ, η διεύρυνση του ωραρίου ιατρικών ΠΦΥ και η θεσμοθέτηση προγραμμάτων παραπομπής από την κοινότητα στους γενικούς ιατρούς εμφάνισαν θετικό αντίκτυπο στη μεταβολή της επισκεψιμότητας στα ΤΕΠ.

Αρχικά, μια έρευνα που αναφέρεται στην πιλοτική δοκιμή ενός προγράμματος που περιλάμβανε τεσσάρων εβδομάδων συναντήσεις με γενικό ιατρό σε δείγμα 423 ασθενών (110 ομάδα παρέμβασης και 313 ομάδα ελέγχου), φάνηκε να αποτρέπει κατά 15,4% τις εισροές επί του συνόλου των συμμετεχόντων στα ΤΕΠ. Η μείωση ήταν υψηλότερη στην ομάδα παρέμβασης σε σύγκριση με την ομάδα συνήθους φροντίδας (18,2 έναντι 13,4% αντίστοιχα) (Burns et al, 2014). Σε μια δοκιμή διάρκειας δύο ετών στην πολιτεία του Colorado και σε δείγμα 295 ασθενών (146 ομάδα παρέμβασης και 149 ομάδα ελέγχου), οι μηνιαίες συναντήσεις με προσωπικό πρωτοβάθμιας φροντίδας είχαν ως επακόλουθο τον περιορισμό της επισκεψιμότητας στα ΤΕΠ της τάξεως του 52,4% στην ομάδα παρέμβασης και 34,9% στην ομάδα ελέγχου (0,65 έναντι 1,08 επισκέψεων σε βάθος διατήρησης) (Coleman et al, 2001). Αναφορικά με μια άλλη μελέτη, η οποία συνέλεξε δεδομένα ασθενών από ΠΦΥ και

ΤΕΠ κατά την περίοδο 2007 έως 2010, ελέγχοντας τον αντίκτυπο της πιλοτικής λειτουργίας ενός πρωτοβάθμιου κέντρου φροντίδας, επισημαίνεται μείωση 12% στα τμήματα άμεσης βοήθειας (Goodman et al, 2013). Στην περιφέρεια του Colorado, εξετάστηκε για δύο έτη η επίδραση ενός εξωτερικού ιατρείου (Cooperative Health Care Clinic) [CHCC] επανδρωμένο με προσωπικό ΠΦΥ, σε δείγμα 294 ασθενών που προσέρχονται στα νοσοκομεία, αναφέροντας μείωση στις προσελεύσεις των ΤΕΠ κατά 9,8% (Scott et al, 2004). Επίσης, σε μια δοκιμή που περιλάμβανε δείγμα 117 αγροτικών κομητειών της πολιτείας Georgia των ΗΠΑ κατά τα έτη 2003 έως 2005 εκτιμήθηκε ο αντίκτυπος της ίδιας κλινικής CHC σε πληθυσμό που δε διέθετε ασφαλιστική κάλυψη. Αναλύθηκαν δεδομένα από το 100% των επισκέψεων στα ΤΕΠ και παρατηρήθηκε πως οι περιοχές που δεν καλύπτονταν από CHC εμφάνιζαν 33% υψηλότερα ποσοστά επισκέψεων ανασφάλιστων στα τμήματα άμεσης βοήθειας (Rust et al, 2009). Μια μελέτη που διήρκησε για ένα έτος, εξέτασε την επέκταση συντονισμού πρόσβασης στην πρωτογενή φροντίδα (Ambulatory Patient-Physician Relationship Organized to Achieve Coordinated Healthcare) [APPROACH] σε 2.293 επιβεβαιωμένους ασθενείς (1.121 στην ομάδα παρέμβασης και 1.172 στην ομάδα ελέγχου) 28 ιατρείων πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η οποία είχε ως επακόλουθο την ετήσια μείωση επισκεψιμότητας στα ΤΕΠ (0,57 επισκέψεις ανά έτος) και αύξηση στις δομές ΠΦΥ (0,27 αντίστοιχα) (Schillinger et al, 2000).

Η αναδιοργάνωση και ίδρυση ενός συνεταιρισμού συνεργασίας ιατρών ΠΦΥ με ΤΕΠ στην Ολλανδία, τον Ιανουάριο του 2000 προκάλεσε σημαντική μείωση επισκέψεων στα ΤΕΠ σε δείγμα ασθενών πρωτογενών δομών στο Maastricht κατά 52,6% και αύξηση στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε ποσοστό 25% καθόλη τη διάρκεια της παρέμβασης (van Uden et al, 2005). Ομοίως σε τρεις περιοχές του νοτιοανατολικού τμήματος της Ολλανδίας ελέγχθηκαν τα αποτελέσματα της συνεργασίας ΤΕΠ με ΠΦΥ (Urgent Care Collaboration) [UCC] μεταξύ Μαρτίου και Απριλίου 2011 και Οκτωβρίου και Νοεμβρίου 2011. Το δείγμα αποτελούνταν από 122.061 άτομα (58.620 ομάδα παρέμβασης και 63.441 ομάδα ελέγχου) που έκαναν χρήση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας και ΤΕΠ, η αгаστή συνεργασία των φορέων εμφάνισε συνολική μείωση 22% στην επισκεψιμότητα των ΤΕΠ. Πιο συγκεκριμένα, στην ομάδα ελέγχου 27,6% παρουσιάστηκαν στα ΤΕΠ ενώ στην ομάδα παρέμβασης το ποσοστό ήταν 21,6% (van Gils-van Rooij et al, 2015).

Στην Αυστραλία εκπονήθηκε μια έρευνα σε περίοδο 32 εβδομάδων κατά την οποία μελετήθηκε η επίδραση ενίσχυσης της ΠΦΥ, παρεχόμενη από προσωπικό των ΤΕΠ και υπό την επίβλεψη γενικών ιατρών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, άμεση απόρροια της εν λόγω

παρέμβασης ήταν οι μείωση εισροών κατά 17% στα τμήματα άμεσης ανάγκης (Codde et al, 2010). Μια άλλη μελέτη εστίασε σε ένα νέο μοντέλο πρόσβασης στην επείγουσα περίθαλψη με τη συνέργεια γενικών ιατρών (Emergency Care Access Point) [ECAP], στην εν λόγω έρευνα που διήρκησε έξι χρόνια, επιλέχθηκαν ασθενείς που παρουσιάστηκαν στα ΤΕΠ. Πιο συγκεκριμένα 59.182 ασθενείς προσήλθαν στις υπηρεσίες άμεσης βοήθειας πριν από την έναρξη του ECAP και 51.513 ασθενείς μετά, ήτοι μείωση κατά 13%, επιπλέον διαπιστώθηκε αισθητή αύξηση 30% στις προσελεύσεις υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Thijssen et al, 2013).

Σε συγκριτική μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο, η πιλοτική έναρξη λειτουργίας του γενικού ιατρού καθόλη την εβδομάδα και από 1<sup>η</sup> Απριλίου 2009 έως 28<sup>η</sup> Φεβρουαρίου 2014 είχε ως άμεση απόρροια τη μείωση επισκέψεων στα ΤΕΠ κατά 17,9% συνολικά και 9,9% τα σαββατοκύριακα (Dolton et al, 2016). Σε παρόμοια μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε μια επαρχιακή πόλη της νότιας Ολλανδίας ο ένας μήνας λειτουργίας εκτός ωραρίου του οικογενειακού ιατρού (μεταξύ 5 μ.μ. και 8 π.μ. στις εργάσιμες ημέρες και μεταξύ 5 μ.μ. της Παρασκευής έως τις 8 π.μ. της Δευτέρας), εμφάνισε 3,3% μείωση προσελεύσεων στα τμήματα έκτακτης ανάγκης και αύξηση 4,6% στις υπηρεσίες ΠΦΥ (van Uden et al, 2004).

Επιπρόσθετα, σε παρόμοια μελέτη, η ανάλογη αύξηση ωραρίου περισσότερο από 12 ώρες ημερησίως στην περιφέρεια Emilia-Romagna της Ιταλίας, συνέβαλε στην ελάττωση εισροών στα ΤΕΠ κατά 10 έως 15% κατά τη διάρκεια της παρέμβασης από το 2008 έως το 2010 (Bruni et al, 2016). Σε αντίστοιχη παρέμβαση στην επαρχιακή πόλη Alberta του Καναδά η επέκταση της εκτός ωραρίου λειτουργίας εξωτερικού ιατρού ΠΦΥ κατά την περίοδο 2005 έως 2008, συνδέθηκε με σημαντικά λιγότερες ημιεπείγουσες και συνολικές επισκέψεις στα ΤΕΠ. Για την ακρίβεια πριν την παρέμβαση οι κατά μέσο όρο μηνιαίες ημιεπείγουσες προσελεύσεις ανά 1000 άτομα (από τις 6 μ.μ. έως τις 10 μ.μ. και για τις ημέρες Δευτέρα έως Πέμπτη) στα τμήματα άμεσης φροντίδας ήταν 7,9 σε σύγκριση με 4,7 μετά την αναπροσαρμογή, ενώ η συνολική μείωση ήταν περίπου 40% στα μη επείγοντα περιστατικά και 19% στα συνολικά (Jones et al, 2011). Κατά παρόμοιο τρόπο η ανάλογη τροποποίηση ωραρίου στο χώρο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην περιοχή Manchester του Ηνωμένου Βασιλείου από το 2011 έως το 2014 σε δείγμα 346.024 ασθενών 56 ιατρείων ΠΦΥ εντόπισε πτώση 26,4% στα μη επείγοντα περιστατικά των ΤΕΠ και 3,1% στα συνολικά (Whittaker et al, 2016).

Παρόμοια παρέμβαση μελέτησε δείγμα 345.465 ασθενών που επισκέπτονται τα ΤΕΠ στην πόλη Wagga Wagga της Αυστραλίας, αναλύοντας τα δεδομένα πριν και μετά την επέκταση του ωραρίου λειτουργίας ιατρείου ΠΦΥ, μεταξύ Ιανουαρίου 1998 και Οκτωβρίου 2008. Σύμφωνα με τα ευρήματα των συγγραφέων επισημαίνεται πως κατά μέσο όρο υπήρξαν 67,9 επισκέψεις ημερησίως στα τμήματα άμεσης φροντίδας πριν από την έναρξη της παρέμβασης και 56,0 επισκέψεις μετά την έναρξη λειτουργίας, η οποία μεταφράζεται σε ελάττωση περίπου 7% στις ημερήσιες επισκέψεις και 8,2% στις συνολικές (Buckley et al, 2010). Αντίστοιχα, στην ίδια χώρα μια παρόμοια παρέμβαση σε δείγμα 2.125 ασθενών ΠΦΥ για το διάστημα από 01/02/2015 έως 30/06/2015, είχε ως επακόλουθο τη σημαντική μείωση των μη επειγόντων περιστατικών στα ΤΕΠ σε συνολικό ποσοστό 41,34% (418.5 επισκέψεων στα ΤΕΠ έναντι 245.5  $p < 0.05$ ) κατά τα δύο έτη της εφαρμογής σε σύγκριση με τα δύο έτη πριν, ενώ δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στα ημιεπείγοντα περιστατικά (Payne et al, 2017). Στις ΗΠΑ εκπονήθηκε μια δοκιμή διάρκειας 12 μηνών σύμφωνα με την οποία εξετάστηκε ένα πρόγραμμα φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή σε δομές ΠΦΥ, το οποίο εστίαζε στην αλληλεπίδραση ιατρού-ασθενούς. Για την ακρίβεια, τυχαιοποιήθηκαν 509 ασθενείς (254 έλαβαν την παρέμβαση για λιγότερο από ένα έτος, 255 έλαβαν την παρέμβαση καθόλη τη διάρκεια της μελέτης) που παραπέμφθηκαν στα ΤΕΠ από οικογενειακούς ιατρούς και γενικούς παθολόγους και κατά την ανάλυση των δεδομένων γίνεται αναφορά για μείωση εισροών στα ΤΕΠ σε ποσοστό 13% (Bertakis et al, 2011). Στην Ιταλία σε δείγμα 408 ασθενών στα τμήματα επείγουσας φροντίδας διερευνήθηκαν όλες οι παραπομπές από τις εκτός ωραρίου λειτουργίας υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης κατά την περίοδο από 01/10/2012 έως 31/03/2013, καταλήγοντας στο συμπέρασμα πως η εν λόγω παρέμβαση περιόρισε σε ποσοστό περίπου 9% τις εισροές στα ΤΕΠ (Posocco et al, 2018).

Σύμφωνα με μια συγκριτική μελέτη ένα καινοτόμο μοντέλο που διευκολύνει την πρόσβαση στην ΠΦΥ, παρουσίασε μείωση 20,8% των επισκέψεων στα ΤΕΠ, ενώ παρατηρήθηκε αύξηση 5,2% στους ασθενείς που δε δέχθηκαν να συμμετάσχουν. Το δείγμα αποτελούνταν από 231 ηλικιωμένα άτομα (άνω των 55 ετών) και παρακολούθηθηκαν για δύο έτη (Bird et al, 2007). Σε άλλη μελέτη που επικεντρώθηκε στον αντίκτυπο μιας παρέμβασης πρωτοβάθμιας φροντίδας που αφορούσε την ελεύθερη πρόσβαση σε ενδονοσοκομειακό εξωτερικό ιατρείο ενηλίκων παροχής ΠΦΥ για άπορους και ανασφάλιστους ασθενείς, ελέγχθηκε η περίοδος πριν την παρέμβαση από 16 Αυγούστου 2009 έως 15 Αυγούστου 2011 και μετά από 16 Αυγούστου 2011 έως 15 Αυγούστου 2014, οδηγώντας στη στατιστικά σημαντική μείωση 53,8% των προσελεύσεων στα ΤΕΠ (Tsai et al, 2018). Σε παρόμοιο

πρόγραμμα που στοχεύει στην παραπομπή ηλικιωμένων ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη (Older Persons Enablement and Rehabilitation for Complex Health Conditions) [OPEN ARCH], διενεργήθηκε έρευνα στην πόλη Queensland της Αυστραλίας σε δείγμα 80 ασθενών ΠΦΥ και για διάστημα εννέα μηνών, η οποία παρουσίασε μετριασμό των προσελεύσεων στα ΤΕΠ σε ποσοστό 0,28% ανά 1000 κατοίκους (Mann et al, 2021). Σε αντίστοιχη έρευνα, διάρκειας δύο ετών, σε πληθυσμό ασθενών 24 ιατρών ΠΦΥ, εξετάστηκε η επίδραση ίδρυσης ιατρείων ασθενοκεντρικής φροντίδας πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Patient-Centered Medical Home) [PCMH] στην επισκεψιμότητα των ΤΕΠ, αναφέροντας μείωση περίπου 4% στα προαναφερόμενα τμήματα (Fifield et al, 2013). Επίσης, σε μια έρευνα η οποία διερεύνησε ακριβώς την ίδια παρέμβαση PCMH σε διαφορετικό όμως δείγμα πληθυσμού, ήτοι 5,6 εκατομμύρια ασθενείς ΠΦΥ και ΤΕΠ από 1<sup>η</sup> Ιουνίου έως 31 Δεκεμβρίου 2012, διαπιστώθηκε περιορισμός στην εμφάνιση περιστατικών στα τμήματα επείγουσας φροντίδας 188 έναντι 245 επισκέψεων ανά 1000 ασθενείς,  $p < .001$  (Nelson et al, 2014).

Συνεχίζοντας με μια παρεμβατική μελέτη, η οποία συνέλεξε δεδομένα από τέσσερις διαφορετικές κοινότητες συνταξιούχων συνεχούς φροντίδας, συγκρίθηκαν δύο διαφορετικά μοντέλα πρωτοβάθμιας περίθαλψης (ελεύθερη πρόσβαση σε ιατρό ΠΦΥ και πρόσβαση με καθορισμό ραντεβού) σε διάστημα 10 ετών. Κατά τη συλλογή των στοιχείων, διαπιστώθηκε ότι οι ομάδες στο πρώτο μοντέλο είχαν δύο έως τρεις φορές λιγότερες επισκέψεις στα ΤΕΠ ενώ το συνολικό ποσοστό στα ανάλογα τμήματα μειώθηκε σε ποσοστό περίπου 25% (Bynum et al, 2011). Σε παρόμοια μελέτη σε δείγμα 390.328 ασθενών ΤΕΠ αξιολογήθηκε σε δύο χρονικές περιόδους πέντε μηνών ένα μοντέλο σχεδιασμού πρόσβασης στην ΠΦΥ (Care by Design) [CBD], παρουσιάζοντας 34% μείωση στις επισκέψεις των τμημάτων άμεσης φροντίδας (Marshall et al, 2016). Ανάλογη έκβαση εμφάνισε και μια άλλη μελέτη στην οποία αξιολογήθηκε η επιρροή λειτουργίας δύο οργανισμών πρωτοβάθμιων υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής φροντίδας στις ολλανδικές πόλεις Heerlen και Maastricht (επίσκεψη σε γενικό ιατρό κατόπιν ραντεβού και ελεύθερη πρόσβαση αντίστοιχα). Παρακολουθήθηκαν συνολικά 3825 καταγεγραμμένες επαφές στο Heerlen και 3054 επαφές στο Maastricht, για το Heerlen και Maastricht ο ετήσιος αριθμός επίσκεψης στα ΤΕΠ ανά 1000 κατοίκους ήταν 238 και 279 αντίστοιχα ( $p=0.036$ ), παρουσιάζοντας μείωση κατά προσέγγιση 25% στα συγκεκριμένα τμήματα (van Uden et al, 2003).

Σύμφωνα με τα ευρήματα άλλης δοκιμής η οποία αποτίμησε μια παρέμβαση δυνατότητας εγγραφής 774 ασθενών σε δομές ΠΦΥ της Αυστραλίας από 1<sup>η</sup> Αυγούστου 2018 έως 31<sup>η</sup> Ιουλίου 2019 δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στις επισκέψεις στα ΤΕΠ. Οι

ερευνητές απέδωσαν αυτό το εύρημα στο υψηλότερο ποσοστό γυναικών στο δείγμα (Bonney et al, 2022). Σε ανάλογα ευρήματα κατέληξε μια έρευνα που ανέλυσε για 18 συνεχείς εβδομάδες 1815 ασθενείς πέντε υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο νοτιοανατολικό Λονδίνο και στην πόλη Kent που αντιπροσωπεύουν ημιαστικές, προαστιακές και αστικές περιοχές (Shum et al, 2000). Στις ΗΠΑ διενεργήθηκε για ένα έτος μια ταυτόχρονη ελεγχόμενη μελέτη 543 ασθενών σε 18 ιδιωτικά ιατρεία πρωτοβάθμιας περίθαλψης, σύμφωνα με την οποία η ομάδα παρέμβασης έλαβε φροντίδα από τον ιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης που συνεργαζόταν με προσωπικό ΠΦΥ, ενώ η ομάδα ελέγχου έλαβε τη συνήθη φροντίδα, μόνο από τον ιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας. Στην εν λόγω μελέτη οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα πως σε καμία από τις δύο ομάδες δεν παρουσιάστηκε απόκλιση στις επισκέψεις των ΤΕΠ (Sommers et al, 2000). Στη μοναδική οικολογική μελέτη που συμπεριλήφθηκε στην παρούσα ανασκόπηση εστίασε στην αναδιοργάνωση των υπηρεσιών γενικής ιατρικής εκτός ωραρίου στην κομητεία Aarhus της Δανίας. Η αναφερόμενη παρέμβαση έδειξε ότι μετά τη μεταρρύθμιση το ποσοστό προσέλευσης στα τμήματα άμεσης ανάγκης δεν εμφάνισε μεταβολή (Vedsted et al, 2001). Επιπλέον, μια δοκιμή στην Ιρλανδία μελέτησε για μια περίοδο εννέα ετών ασθενείς που εμφανίζονται στην ΠΦΥ και στα ΤΕΠ από την έναρξη λειτουργίας της υπηρεσίας "Dubdoc", η οποία διευκολύνει την πρόσβαση στον εκτός ωραρίου οικογενειακό ιατρό. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, οι επισκέψεις στα ΤΕΠ κατά τη διάρκεια της παρέμβασης παρουσίασαν μικρή μεταβολή (O'Kelly et al, 2010).

Εν συνεχεία, ακολουθεί μια έρευνα σε δείγμα 850 ασθενών από τρία συστήματα υγειονομικής περίθαλψης των ΗΠΑ που μελέτησε για διάστημα εννέα μηνών τον αντίκτυπο διεπιστημονικών ομάδων ΠΦΥ στη χρήση των υπηρεσιών επείγουσας ανάγκης. Οι ερευνητές κατά τη συλλογή των δεδομένων τους κάνουν λόγο για μη ουσιαστική μεταβολή στις εισροές των ΤΕΠ, την οποία αποδίδουν στο ότι η περίοδος παρατήρησης των 20 μηνών κατά πάσα πιθανότητα ήταν σύντομη για την ανίχνευση των μεσοπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων επιδράσεων της παρέμβασης (Boult et al, 2011). Μια παρεμβατική μελέτη, η οποία υλοποιήθηκε στο Βέλγιο για ένα έτος σε 5149 ασθενείς ΠΦΥ και ΤΕΠ (2298 πριν από τη μέτρηση, το έτος 2006 και 2851 μετά τη μέτρηση, το έτος 2007) εκτίμησε την ίδρυση "συνεταιρισμών" γενικών ιατρών και παρατηρήθηκε πως ένα έτος μετά την εφαρμογή δεν υπήρξαν σημαντικές αλλαγές στις επισκέψεις των τμημάτων επείγουσας ανάγκης (Philips et al, 2010). Συνεχίζοντας, η αξιολόγηση ενός προγράμματος παροχής ασφαλιστικής κάλυψης με ανάθεση ειδικού ιατρού πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ήλεγξε 227.627 ασθενείς των

υπηρεσιών εντατικής φροντίδας για το διάστημα 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου 2015 έως 31<sup>η</sup> Δεκεμβρίου 2017, αναφέροντας μεταβολή στην επισκεψιμότητα της τάξεως του 4,5%, η οποία χαρακτηρίστηκε από τους συγγραφείς ως επουσιώδης (Schrader et al, 2019). Ακολουθεί μια άλλη δοκιμή η οποία ανέλυσε για ένα έτος τα επακόλουθα ενός μοντέλου συνέργειας εκτός ωραρίου λειτουργίας γενικών ιατρών στην πρωτοβάθμια φροντίδα στα παρακείμενα τμήματα άμεσης βοήθειας σε δύο διαφορετικές περιοχές του Βελγίου. Η εν λόγω παρέμβαση δεν κατέληξε σε σημαντικές αλλαγές στη χρήση των προαναφερόμενων υπηρεσιών, διότι σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των ερευνητών, ερευνήθηκαν μόνο τέσσερις περιφέρειες και μάλιστα σε μία εξ αυτών δεν ανακτήθηκαν δεδομένα για τις επισκέψεις στα ΤΕΠ (Colliers et al, 2017).

Επιπρόσθετα, η επιρροή μιας παρέμβασης σχεδιασμένης για τη βελτίωση στη χρήση ΠΦΥ, η οποία διήρκεσε τρεις μήνες και περιλάμβανε δείγμα τεσσάρων δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας (121 άτομα στην ομάδα παρέμβασης και 109 άτομα στην ομάδα σύγκρισης), κάνει λόγο για μη στατιστικά σημαντική μείωση μεταξύ των δύο ομάδων στις εισροές των ΤΕΠ (Horwitz et al, 2005). Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξε άλλη μια μελέτη στην οποία ελέγχθηκαν για περίοδο έξι ετών ασθενείς που παρουσιάστηκαν στα τμήματα άμεσης φροντίδας κατόπιν της λειτουργίας ενός μοντέλου ενισχυμένης πρόσβασης σε υπηρεσίες ΠΦΥ (Nolan, 2011). Στη βόρεια κομητεία Cork της Ιρλανδίας πραγματοποιήθηκε μια τρίμηνη μελέτη, η οποία αποτίμησε την εισαγωγή ενός συνεταιρισμού γενικών ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας «Southdoc GP», στις εισροές των τμημάτων επείγουσας ανάγκης. Οι συγγραφείς ανέφεραν πως δε διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων που ελέγχθηκαν για την παράμετρο των επισκέψεων στα ΤΕΠ προ και έπειτα της παρέμβασης, λόγω του ότι η μελέτη ήταν αναδρομική, και έτσι τα δεδομένα δεν είχαν την ποιότητα που θα παρείχαν τα προοπτικά δεδομένα (O'Keeffe, 2008). Βάσει μιας μελέτης που αξιολόγησε για ένα έτος τον αντίκτυπο ενός μοντέλου ολοκληρωμένης πρωτοβάθμιας περίθαλψης με εντατική διαχείριση περιπτώσεων (CO-ordination Personnes Ageés) [COPA] σε δείγμα 428 ασθενών από την κοινότητα (105 στην ομάδα παρέμβασης και 323 στην ομάδα ελέγχου), γίνεται μνεία για αμελητέα απόκλιση των συνολικών επισκέψεων στα ΤΕΠ, χαρακτηριζόμενη από τους συγγραφείς ως στατιστικά μη σημαντική (Stampa et al, 2014). Σε έρευνα που ανέλυσε και εκτίμησε ένα καινοτόμο σύστημα που αφαιρεί οποιοδήποτε φραγμό στην πρόσβαση στο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης, στους 12 μήνες εφαρμογής ελέγχθηκαν 148 ασθενείς των ΤΕΠ, οι οποίοι δεν ήταν εγγεγραμμένοι σε κάποιο πάροχο ΠΦΥ. Το εν λόγω δείγμα χωρίστηκε με τυχαιοποίηση σε 72 άτομα στην ομάδα παρέμβασης

και 68 στην ομάδα ελέγχου, κατά τη συλλογή των στοιχείων, οι μελετητές αναφέρουν μη στατιστικά σημαντική διαφορά στον αριθμό των μη επειγουσών επισκέψεων στα ΤΕΠ ανά ομάδα μελέτης για τους τρεις, έξι ή 12 μήνες παρακολούθησης (Wexler et al, 2015).

### **Παρεμβάσεις που διενεργούνται με πρωτοβουλία της πολιτείας ή κοινωνικών προγραμμάτων**

Σε σύνολο 16 μελετών (Hsu et al, 2003; Salisbury et al, 2007; Retchin et al, 2009; DeHaven et al, 2012; Arain et al, 2013; Pourat et al, 2015; Chang et al, 2016; González-Ortega et al, 2017; Devlin et al, 2020; Jones et al, 2020; Cassarino et al, 2021; Reed et al, 2021; Hone et al, 2022; Mangin et al, 2023; Safari et al, 2023; Singh et al, 2023) διερευνήθηκε η επίδραση αναπροσαρμογών στην ΠΦΥ μέσω της πολιτείας είτε με την εφαρμογή συντονισμένων προγραμμάτων υγείας, είτε μέσω στρατηγικών επέκτασης ή πολιτικών μεταρρυθμίσεων. Για την ακρίβεια, οι αναφερόμενες παρεμβάσεις διενεργήθηκαν στις ΗΠΑ, Καναδά, Βραζιλία, Αυστραλία, Ηνωμένο Βασίλειο, Ισπανία και Ιρλανδία.

Σε μια συγκριτική μελέτη εξετάστηκε το όφελος ενός συντονισμένου μοντέλου ασφάλισης φροντίδας υγείας (Virginia Coordinated Care) [VCC] για τρία συναπτά έτη, σε δείγμα 2389 ανασφάλιστων τακτικών ασθενών 32 δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας. Κατά τη διάρκεια της παρέμβασης υπήρξε σταθερή μείωση του ποσοστού επίσκεψης περιστατικών στα ΤΕΠ και πιο συγκεκριμένα από 73,9 σε 42,9% (Retchin et al, 2009). Σε παρόμοια μελέτη, στη Βραζιλία, ο σχεδιασμός επέκτασης της πρόσβασης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη μέσω ενός προγράμματος για την υγεία της οικογένειας (Family Health Strategy) [FHS], ανέλυσε για πέντε έτη 1.240.009 άτομα που προσήλθαν στην ΠΦΥ, ανέδειξε πως η επισκευσιμότητα στα τμήματα άμεσης ανάγκης περιορίστηκε συνολικά κατά 3% (Hone et al, 2022). Στην πολιτεία του Τέξας, μελετήθηκε η θέσπιση ενός σχεδίου για άτομα που δε διέθεταν ασφαλιστική κάλυψη (Project Access Dallas) [PAD], το οποίο παρείχε ευρεία πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, για το διάστημα μεταξύ 10 Απριλίου 2003 έως 30 Ιουλίου 2004 και σε δείγμα πληθυσμού 574 ατόμων (265 ομάδα παρέμβασης και 309 ελέγχου) που κάνει χρήση των ΤΕΠ. Παρατηρήθηκε πως ο μέσος αριθμός των επισκέψεων στα τμήματα άμεσης ανάγκης κατά τη διάρκεια του έτους ήταν 0.93 για τα άτομα που συμμετείχαν στο πρόγραμμα, έναντι 1.44 στην ομάδα που έλαβε τη συνήθη



φροντίδα ( $p < 0.01$ ) και η συνολική μείωση στις αφίξεις των εν λόγω τμημάτων ήταν περίπου 5% (DeHaven et al, 2012). Σε μια αντίστοιχη δοκιμή, η επίδραση της πολιτικής για την αύξηση στην επιλογή εγγραφής των ασθενών σε ένα μεμονωμένο πάροχο ή υπηρεσία πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Health Care Coverage Initiative) [HCCI], εντόπισε ανάλογη μείωση. Για την ακρίβεια, οι μελετητές εστίασαν σε 10.028 ασθενείς, μεταξύ Σεπτεμβρίου 2007 και Αυγούστου 2010, οι οποίοι ελέγχθηκαν πριν από το προαναφερόμενο διάστημα και μετά την περίοδο εφαρμογής του προγράμματος. Διαπιστώθηκε μεταβολή στις εισροές από 4,11 σε 3,13% και αυξημένη πιθανότητα επιλογής φροντίδας από προσωπικό ΠΦΥ, ίση με 42% (Pourat et al, 2015). Στην Ιρλανδία εκπονήθηκε μια δοκιμή που ερεύνησε τον αντίκτυπο της έγκαιρης αξιολόγησης από ειδική ομάδα επαγγελματιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας στη μεταβολή των εισροών στα ΤΕΠ. Σε σύνολο 353 ατόμων (176 ομάδα παρέμβασης και 177 ελέγχου) για χρονική περίοδο περίπου έξι μηνών, εντοπίστηκε μείωση στα άτομα που έλαβαν την παρέμβαση κατά 19,3% ενώ στην ομάδα ελέγχου το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 55,9% (Cassarino et al, 2021).

Επιπλέον, η παροχή κατ' οίκον επισκέψεων από ιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης είχε άμεση επίδραση στον περιορισμό της επισκεψιμότητας στα ΤΕΠ. Στην αναφερόμενη έρευνα μελετήθηκαν 49.613 ασθενείς που έλαβαν κατ' οίκον επισκέψεις στον Καναδά, από τον Οκτώβριο 2014 έως το Σεπτέμβριο 2016 και διαπιστώθηκε μεταβολή της τάξεως του 10% εισροών στα ΤΕΠ, ενώ κατά τη διάρκεια του εξαμήνου παράθυρου παρακολούθησης, 51% των ασθενών επισκέφθηκε τα ανάλογα τμήματα (Jones et al, 2020). Σε άλλη δοκιμή αξιολογήθηκε ένα ρηξικέλευθο πρόγραμμα σχεδιασμού πρωτοβάθμιας περίθαλψης και παροχής φροντίδας (Comprehensive Primary Care Plus) [CPC+], το οποίο αποτελεί το μεγαλύτερο μοντέλο που δοκιμάστηκε ποτέ στις ΗΠΑ. Οι ερευνητές μελέτησαν ασθενείς ΠΦΥ σε 23 περιφέρειες και συνέκριναν τις αλλαγές στα αποτελέσματα μεταξύ του έτους πριν από το CPC+ και πέντε ετών μετά, στην ομοσπονδιακή ασφάλιση υγείας (Medicare) και στις εισροές στη τμήματα άμεσης φροντίδας. Το CPC+ συσχετίστηκε με 2% μείωση των συνολικών επισκέψεων στα ΤΕΠ που ξεκίνησαν από την έναρξη και οι μειώσεις συνεχίστηκαν καθ' όλη τη διάρκεια υλοποίησής του (Singh et al, 2023). Επιπρόσθετα, η εκτός ωραρίου λειτουργία τμημάτων ΠΦΥ, επανδρωμένων με γενικούς ιατρούς, μέσω μιας μεταρρύθμισης από την πολιτεία Ontario του Καναδά και για το διάστημα 2003 έως 2007, είχε σημαντική επίδραση στη μείωση των συνολικών εισροών στα ΤΕΠ (Devlin et al.). Στο Ηνωμένο Βασίλειο εξετάστηκε η επίδραση ενός πρωτοβάθμιου κέντρου φροντίδας (walk-in centre) του Εθνικού Συστήματος Υγείας (National Health Service) [NHS]. Συλλέχθηκαν

δεδομένα 529 ασθενών πριν το έτος λειτουργίας και ενός έτους έπειτα, η εν λόγω παρέμβαση συντέλεσε στη μείωση 8,3% της επισκεψιμότητας στα ΤΕΠ (Araín et al, 2013). Στις ΗΠΑ υλοποιήθηκε μια παρεμβατική μελέτη που εξέτασε σε βάθος δεκαετίας την επίδραση αλλαγών στο εργατικό δυναμικό ΠΦΥ και αναφέρει μετριάσμο κατά 712,3 επισκέψεων ανά 100.000 ασθενών στα τμήματα άμεσης ανάγκης (Chang et al, 2016).

Η ανάλογη λειτουργία πρωτοβάθμιου κέντρου 24ωρης φροντίδας (walk-in centre) στο Loughborough του Ηνωμένου Βασιλείου σε σύγκριση με την Market Harborough (πόλη ελέγχου), σε ασθενείς 12 δομών πρωτοβάθμιας περίθαλψης δεν παρουσίασε σημαντική μεταβολή μεταξύ των δύο πόλεων στα ποσοστά επισκέψεων των ΤΕΠ (Hsu et al, 2003). Σε παρόμοια ευρήματα κατέληξε μια άλλη μελέτη που εξέτασε ταυτόχρονα οκτώ νοσοκομεία συστεγαζόμενα με walk-in centres με οκτώ αντίστοιχα χωρίς και για χρονικό διάστημα έξι μηνών (Salisbury et al, 2007). Επιπρόσθετα, στην Ισπανία επιλέχθηκαν 150 ασθενείς από τρεις υπηρεσίες ΠΦΥ και κατανεμήθηκαν τυχαία στην ομάδα παρέμβασης και ελέγχου. Απώτερος σκοπός της μελέτης ήταν να εξετάσει την επίδραση της προσθήκης μιας τηλεφωνικής καθοδηγητικής λειτουργίας υπό την επίβλεψη ενός οικογενειακού ιατρού στη χρήση υπηρεσιών επείγουσας ανάγκης. Οι συγγραφείς ανέφεραν μη σημαντική μεταβολή εισροών στα εν λόγω τμήματα, διότι ένας από τους περιορισμούς της μελέτης ήταν η παραβίαση ορισμένων υποθέσεων που έγινε κατά τον υπολογισμό του μεγέθους του δείγματος (González-Ortega et al, 2017).

Αναφορικά με μια μελέτη που αξιολόγησε τη λειτουργία ενός σύνθετου μοντέλου πρωτοβάθμιας φροντίδας, κρατικής πρωτοβουλίας, (Health Teams Advancing Patient Experience: Strengthening Quality) [Health TAPESTRY] σε 599 ασθενείς ΠΦΥ του Καναδά (301 ομάδα παρέμβασης, 298 ομάδα ελέγχου) για περίπου 1,5 έτος, τα ευρήματα της παρέμβασης χαρακτηρίστηκαν ως στατιστικά μη σημαντικά, λόγω του μικρού δείγματος ανάλυσης (Mangin et al, 2023). Στην Αυστραλία εκπονήθηκε μια έρευνα που επικεντρώθηκε στη διερεύνηση μιας πολυσύνθετης παρέμβασης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη (Flinders QUEST) κατά την οποία 1044 ασθενείς από 20 υπηρεσίες ΠΦΥ είχαν τη δυνατότητα να εγγραφούν σε γενικό ιατρό της προτίμησής τους. Κατά τη διάρκεια 12 μηνών του προγράμματος δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μεταβολή στις εισροές των ΤΕΠ, αποδιδόμενη από τους συγγραφείς στη σύντομη περίοδο εφαρμογής του προγράμματος (Reed et al, 2021). Αντίστοιχη έκβαση είχε και άλλη δοκιμή που ήλεγξε την επίδραση ενός σχεδιασμού πρωτοβάθμιας φροντίδας και υποστήριξης, είτε κατ' οίκον, είτε σε ιατρεία

γενικών ιατρών (Comprehensive Geriatric Assessment) [CGA]. Πιο συγκεκριμένα, σε δύο κέντρα ΠΦΥ του Ηνωμένου Βασιλείου τυχαιοποιήθηκαν 72 ασθενείς (35 ομάδα παρέμβασης και 37 συνήθους φροντίδας) μεταξύ Ιανουαρίου και Ιουνίου 2019. Καμιά από τις μεταβλητές που αναλύθηκαν δεν εμφάνισε στατιστική σημαντικότητα μεταξύ των δύο ομάδων εξαιτίας των επιπτώσεων της πανδημίας COVID-19, η οποία απέτρεψε τη συλλογή στοιχείων από τα ιατρεία (Safari et al, 2023).

### **Παρεμβάσεις που περιλαμβάνουν καινοτόμα τεχνολογικά εργαλεία ή εκπαιδευτικά προγράμματα**

Η παρούσα κατηγορία περιλαμβάνει πέντε δοκιμές (Campbell et al, 2014; Carr et al, 2017; Murnik et al, 2006; Takahashi et al, 2012; Ugolini et al, 2016) που υλοποιήθηκαν στις Ηνωμένες Πολιτείες, Μεξικό, Ηνωμένο Βασίλειο, Ιταλία και βασίζονται σε παρεμβάσεις μέσω τηλεϊατρικής, τηλεφωνικής διαλογής και πρωτοπόρων τεχνολογικών, διαδικτυακών ή πολύ-επιστημονικών εργαλείων και προγραμμάτων.

Σε παρεμβατική μελέτη που βασίστηκε σε ένα διαδικτυακό πρόγραμμα κοινοπραξίας οργανισμών παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας (Program for Central New Mexico) [CAP-NM], μελετήθηκε κατά πόσο επηρεάστηκε η επισκεψιμότητα στα τμήματα επείγουσας φροντίδας. Το εν λόγω σύστημα ήταν διαθέσιμο επί 24ώρου βάσεως καθόλη τη διάρκεια της εβδομάδας, παρέχοντας πληροφορίες για τη λειτουργία και διαθεσιμότητα υπηρεσιών ΠΦΥ. Σε διάστημα 17 μηνών, οι 756 ασθενείς που παραπέμφθηκαν σε υπηρεσίες οικογενειακής ιατρικής μέσω του CAP-NM μείωσαν κατά 31% τις επισκέψεις τους στα ΤΕΠ έναντι όσων δε συμμετείχαν (Murnik et al, 2006). Η επίδραση ενός διεπιστημονικού μοντέλου οργάνωσης με πρωτοβουλία των ΤΕΠ (Bridges to Care) [B2C] και με την αρωγή προσωπικού πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε δείγμα 63.546 ασθενών, κατά την περίοδο Ιουλίου 2012 έως Ιουνίου 2015, συνέβαλε στη στατιστικά σημαντική μείωση των εισροών της τάξεως του 27,9% (Carr et al, 2017). Αντίστοιχος σχεδιασμός συστήματος επισπευσμένης διαδικασίας «fast-track systems» στα ΤΕΠ με τη συνεργασία επαγγελματιών πρωτοβάθμιων υπηρεσιών, πραγματοποιήθηκε στην Ιταλία για διάστημα τριών ετών, αναφέροντας μείωση εισροών στα τμήματα άμεσης φροντίδας από 10 έως 14% (Ugolini et al, 2016).

Στο Ηνωμένο Βασίλειο πραγματοποιήθηκε μια δοκιμή που εκτίμησε την επίδραση τηλεφωνικής διαλογής «the ESTEEM trial» από νοσηλευτικό προσωπικό ΠΦΥ υπό την εποπτεία γενικών ιατρών, κατά την οποία οι ασθενείς είχαν τη δυνατότητα αυθημερόν επισκέψεων σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας. Συμμετείχαν 42 υγειονομικές δομές τεσσάρων περιοχών και φάνηκε πως η συγκεκριμένη παρέμβαση δεν επέφερε οποιαδήποτε μεταβολή στις επισκέψεις των ΓΕΠ (Campbell et al, 2014). Τέλος, σε μια δοκιμή εξετάστηκε η υπηρεσία τηλεϊατρικής «Tele-ERA» που αποτελεί μια μεταρρύθμιση υγειονομικής περίθαλψης και τηλεπαρακολούθησης με τη συνδρομή προσωπικού ΠΦΥ. Πιο αναλυτικά, έλαβαν μέρος 205 ασθενείς (103 ομάδα παρέμβασης και 102 ομάδα ελέγχου) στους οποίους τοποθετήθηκε εντός της οικίας τους μια συσκευή τηλεπαρακολούθησης, συνδεδεμένη διαδικτυακά με το σύστημα υγείας. Η συσκευή αυτή διέθετε παρακολούθηση μέσω βίντεο που επέτρεπε την αλληλεπίδραση πρόσωπο με πρόσωπο και σε πραγματικό χρόνο με την ομάδα παροχής υπηρεσιών. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των συγγραφέων τα ευρήματα χαρακτηρίστηκαν ως στατιστικά μη σημαντικά, λόγω του ότι το δείγμα συλλέχθηκε από μια μικρή επαρχιακή πόλη των ΗΠΑ (Takahashi et al, 2012).

Τα βασικά χαρακτηριστικά και επιμέρους στοιχεία των επιλεγμένων μελετών παρουσιάζονται στον κάτωθι Πίνακα 1.

Πίνακας 1. Επιλεγμένες Μελέτες

Π Ι Ν Α Κ Α Σ Μ Ε Λ Ε Τ Ω Ν (n=62)

ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΕΤΟΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗΣ	ΧΩΡΑ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΕΚΘΕΣΗΣ (ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΠΦΥ)	ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΕΚΒΑΣΗΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Schillinger et al.	2000	ΗΠΑ	Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Δοκιμή	Ασθενείς 28 ιατρών ΠΦΥ	Σχέδιο συντονισμού φροντίδας APPROACH	Επέκταση συντονισμού - πρόσβασης στην ΠΦΥ και μείωση εισροών στα ΤΕΠ	Μείωση επισκέψεων στα ΤΕΠ (0,57 ανά έτος) στην ομάδα που έλαβε την παρέμβαση
Shum et al.	2000	Ηνωμένο Βασίλειο	Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Δοκιμή	Πέντε κέντρα υγείας (ΠΦΥ)	Εκτίμηση ικανοποίησης ασθενών μέσω του νοσηλευτικού προσωπικού και των γενικών ιατρών	Προσέλευση ασθενών στην ΠΦΥ, παραπομπή στους γενικούς ιατρούς και εισροή στα ΤΕΠ	Η μείωση του ποσοστού προσέλευσης στα ΤΕΠ δεν εμφάνισε αισθητή μείωση
Sommers et al.	2000	ΗΠΑ	Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Δοκιμή	Ασθενείς ιατρών ΠΦΥ	Διεπιστημονική παρέμβαση προσωπικού πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας	Μεταβολή επισκεψιμότητας στα ΤΕΠ	Η επίδραση του προγράμματος δεν παρουσίασε αισθητή μείωση στην επισκεψιμότητα στα ΤΕΠ
Coleman et al.	2001	ΗΠΑ	Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Δοκιμή	Ασθενείς που επισκέπτονται τα ΤΕΠ	Ομαδικές συναντήσεις με ιατρό ΠΦΥ	Επισκέψεις στα ΤΕΠ και στην πρωτοβάθμια περίθαλψη	Επισκέψεις στα ΤΕΠ στην ομάδα που έλαβε την παρέμβαση (34,9%) και (52,4%) στην ομάδα συνήθους φροντίδας

Πίνακας 1. Επιλεγμένες Μελέτες

Π Ι Ν Α Κ Α Σ Μ Ε Λ Ε Τ Ω Ν (n=62)

ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΕΤΟΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗΣ	ΧΩΡΑ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΕΚΘΕΣΗΣ (ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΠΦΥ)	ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΕΚΒΑΣΗΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Vedsted et al.	2001	Δανία	Οικολογική Μελέτη	Πληθυσμός που προσέρχεται στα ΤΕΠ	Αναπροσαρμογή ΠΦΥ με εκτός ωραρίου λειτουργία γενικού ιατρού	Μέσος αριθμός ετησίων επισκέψεων στα ΤΕΠ ανά κάτοικο	Η τηλεφωνική διαλογή δεν παρουσίασε μείωση της επισκεψιμότητας στα ΤΕΠ
van Uden et al.	2003	Ολλανδία	Συγκριτική Μελέτη	Πληθυσμός που επισκέπτεται τα ΤΕΠ	Χρήση εκτός ωραρίου υπηρεσιών ΠΦΥ σε δύο ολλανδικές πόλεις	Ασθενείς που επισκέπτονται τα ΤΕΠ και την πρωτογενή περίθαλψη	Εμφανίστηκε μείωση στη χρήση ΤΕΠ (≈25%) και στις δύο πόλεις
Hsu et al.	2003	Ηνωμένο Βασίλειο	Συγκριτική Μελέτη (Πριν και μετά την Εφαρμογή Παρέμβασης)	12 Κέντρα Υγείας (ΠΦΥ)	Επίδραση πρωτοβάθμιου κέντρου 24ωρης φροντίδας	Ποσοστό ημερήσιας προσέλευσης στο γενικό ιατρό, εκτός ωραρίου υπηρεσιών ΠΦΥ και στα ΤΕΠ	Η επίδραση του κέντρου επείγουσας φροντίδας δεν παρουσίασε αισθητή μείωση στην επισκεψιμότητα στα ΤΕΠ
Scott et al.	2004	ΗΠΑ	Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Δοκιμή	Ασθενείς που προσέρχονται στα ΤΕΠ	Επίδραση συνεταιριστικής κλινικής υγείας (ιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης)	Διαφοροποίηση χρήσης ΤΕΠ	Μείωση εισροής 9,8% στα ΤΕΠ

Πίνακας 1. Επιλεγμένες Μελέτες

Π Ι Ν Α Κ Α Σ Μ Ε Λ Ε Τ Ω Ν (n=62)

ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΕΤΟΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗΣ	ΧΩΡΑ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΕΚΘΕΣΗΣ (ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΠΦΥ)	ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΕΚΒΑΣΗΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
van Uden et al.	2004	Ολλανδία	Συγκριτική Μελέτη (Πριν και μετά την Εφαρμογή Παρέμβασης)	Ασθενείς που επισκέπτονται τα ΤΕΠ και τους γενικούς ιατρούς	Αναδιοργάνωση της εκτός ωραρίου λειτουργίας πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης	Αντίκτυπος της συνεργασίας των γενικών ιατρών και της χρήσης εκτός ωραρίου υπηρεσιών ΠΦΥ	Μείωση των ασθενών που επισκέπτονται τα ΤΕΠ (3,3%)
Horwitz et al.	2005	ΗΠΑ	Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Δοκιμή	Ασθενείς κέντρου υγείας αστικού τύπου	Συναντήσεις με επαγγελματία υγείας πρωτοβάθμιας περίθαλψης	Επισκέψεις στα ΤΕΠ και στην ΠΦΥ	Το ποσοστό προσέλευσης στα ΤΕΠ ήταν στατιστικά μη σημαντικό
van Uden et al.	2005	Ολλανδία	Παρεμβατική Μελέτη πριν και μετά την υλοποίηση	Ασθενείς που προσέρχονται στα ΤΕΠ και όσοι απευθύνονται στο εκτός ωραρίου προσωπικό της ΠΦΥ	Σύμπραξη ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στα ΤΕΠ	Αριθμός ασθενών που αξιοποιούν την εκτός ωραρίου φροντίδα	Μείωση επισκέψεων στα ΤΕΠ (52,6%)
Murnik et al.	2006	Μεξικό	Παρεμβατική Μελέτη	Ασθενείς που επισκέπτονται την ΠΦΥ	Επίδραση προγράμματος δικτύου πρόσβασης στην κοινότητα	Επισκέψεις στα ΤΕΠ	Μείωση των ασθενών που επισκέπτονται τα ΤΕΠ κατά 31%

Πίνακας 1. Επιλεγμένες Μελέτες

Π Ι Ν Α Κ Α Σ Μ Ε Λ Ε Τ Ω Ν (n=62)

ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΕΤΟΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗΣ	ΧΩΡΑ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΕΚΘΕΣΗΣ (ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΠΦΥ)	ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΕΚΒΑΣΗΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Bird et al.	2007	Αυστραλία	Συγκριτική Μελέτη	Πληθυσμός που προσέρχεται στα ΤΕΠ	Εκτίμηση ενός νέου μοντέλου φροντίδας που διευκολύνει την πρόσβαση στην ΠΦΥ	Τροποποίηση προσελεύσεων στα ΤΕΠ	Το ποσοστό προσέλευσης στα ΤΕΠ παρουσίασε μείωση 20,8%
Salisbury et al.	2007	Ηνωμένο Βασίλειο	Συγκριτική Μελέτη (Πριν και μετά την Εφαρμογή Παρέμβασης)	Ασθενείς που επισκέπτονται τα ΤΕΠ οκτώ νοσοκομείων	Επίδραση λειτουργίας κέντρων επείγουσας φροντίδας παραπλεύρως των ΤΕΠ	Ποσοστά επισκέψεων στα ΤΕΠ	Δεν εμφανίστηκε οποιαδήποτε επίδραση στο ποσοστό επισκεψιμότητας στα ΤΕΠ
O'Keeffe	2008	Ιρλανδία	Παρεμβατική Μελέτη πριν και μετά την υλοποίηση	Ασθενείς που προσέρχονται στην υπηρεσία «Southdoc» σε συνεργασία με γενικό ιατρό	Επίδραση της εκτός ωραρίου λειτουργίας υπηρεσιών παροχής ΠΦΥ	Επισκέψεις στα ΤΕΠ σε διάρκεια τριών μηνών υλοποίησης του προγράμματος	Το ποσοστό μείωσης προσέλευσης στα ΤΕΠ ήταν στατιστικά μη σημαντικό
Retchin et al.	2009	ΗΠΑ	Συγκριτική Μελέτη	Ασθενείς που επισκέπτονται ΠΦΥ	Εκτίμηση και επίδραση συντονισμένου προγράμματος ασφάλισης φροντίδας υγείας	Τροποποίηση προσελεύσεων στα ΤΕΠ	Το πρόγραμμα μείωσε το ποσοστό προσέλευσης στα ΤΕΠ από 73,9% σε 42,9%



Πίνακας 1. Επιλεγμένες Μελέτες

Π Ι Ν Α Κ Α Σ Μ Ε Λ Ε Τ Ω Ν (n=62)

ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΕΤΟΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗΣ	ΧΩΡΑ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΕΚΘΕΣΗΣ (ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΠΦΥ)	ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΕΚΒΑΣΗΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Rust et al.	2009	ΗΠΑ	Συγκριτική Μελέτη (Πριν και μετά την Εφαρμογή Παρέμβασης)	Ασθενείς που επισκέπτονται τα ΤΕΠ με πρόσβαση σε ιατρεία ΠΦΥ και άνευ αυτών	Συμβολή κέντρων υγείας αστικού τύπου σε επαρχιακές κομητείες έναντι επαρχιών χωρίς ΠΦΥ	Επισκέψεις στα ΤΕΠ και προώθηση ασθενών στην ΠΦΥ	33% υψηλότερα ποσοστά επισκέψεων στα ΤΕΠ στις περιοχές χωρίς κάλυψη πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας
Buckley et al.	2010	Αυστραλία	Αναδρομική Μελέτη	Πληθυσμός που προσέρχεται στα ΤΕΠ	Επίδραση της εκτός ωραρίου λειτουργίας υπηρεσίας ΠΦΥ	Επισκεψιμότητα στα ΤΕΠ	Μείωση $\approx$ 7% στις ημερήσιες προσελεύσεις στα ΤΕΠ και 8,2% στις συνολικές
Codde et al.	2010	Αυστραλία	Παρεμβατική Μελέτη πριν και μετά την υλοποίηση	Ασθενείς που προσέρχονται στα ΤΕΠ	Αναβάθμιση υπηρεσιών ΠΦΥ με την αρωγή προσωπικού ΤΕΠ	Προσελεύσεις στα ΤΕΠ	Σημαντική μείωση ασθενών στα ΤΕΠ (17%)
O'Kelly et al.	2010	Ιρλανδία	Αναδρομική Μελέτη	Ασθενείς που επισκέπτονται ΠΦΥ και ΤΕΠ κατά την εκτός ωραρίου λειτουργία του προγράμματος «Dubdoc» σε συνεργασία με γενικό ιατρό	Επίδραση της εκτός ωραρίου λειτουργίας του «Dubdoc»	Προσελεύσεις στα ΤΕΠ	Η επίδραση του προγράμματος δεν παρουσίασε αισθητή μείωση στην επισκεψιμότητα των ΤΕΠ

Πίνακας 1. Επιλεγμένες Μελέτες

Π Ι Ν Α Κ Α Σ Μ Ε Λ Ε Τ Ω Ν (n=62)

ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΕΤΟΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗΣ	ΧΩΡΑ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΕΚΘΕΣΗΣ (ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΠΦΥ)	ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΕΚΒΑΣΗΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Philips et al.	2010	Βέλγιο	Παρεμβατική Μελέτη πριν και μετά την υλοποίηση	Ασθενείς που προσέρχονται στα ΤΕΠ και όσοι απευθύνονται στον εκτός ωραρίου γενικό ιατρό	Εκτός ωραρίου λειτουργία ΠΦΥ σε σύμπραξη με γενικούς ιατρούς	Προσελεύσεις στα ΤΕΠ και στον εκτός ωραρίου γενικό ιατρό	Δεν εμφανίστηκε μεταβολή προσελεύσεων στα ΤΕΠ
Bertakis et al.	2011	ΗΠΑ	Παρεμβατική Μελέτη πριν και μετά την υλοποίηση	Ασθενείς που προσέρχονται στα ΤΕΠ	Ασθενοκεντρική φροντίδα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με την αρωγή οικογενειακών και γενικών ιατρών	Επισκέψεις στα ΤΕΠ	Μείωση 13% εισροής ασθενών στα ΤΕΠ
Boult et al.	2011	ΗΠΑ	Παρεμβατική Μελέτη	Ασθενείς που επισκέπτονται τα ΤΕΠ τριών νοσοκομείων	Μοντέλο καθοδηγούμενης φροντίδας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη	Επισκεψιμότητα στα ΤΕΠ	Η επίδραση του προγράμματος δεν παρουσίασε αισθητή μείωση επισκεψιμότητας στα ΤΕΠ
Bynum et al.	2011	ΗΠΑ	Συγκριτική Μελέτη (Πριν και μετά την Εφαρμογή Παρέμβασης)	Ασθενείς	Επίδραση προγραμμάτων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας	Προσελεύσεις στα ΤΕΠ	Μείωση 25% εμφάνισης ασθενών στα ΤΕΠ

Πίνακας 1. Επιλεγμένες Μελέτες

Π Ι Ν Α Κ Α Σ Μ Ε Λ Ε Τ Ω Ν (n=62)

ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΕΤΟΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗΣ	ΧΩΡΑ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΕΚΘΕΣΗΣ (ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΠΦΥ)	ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΕΚΒΑΣΗΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Jones et al.	2011	Καναδάς	Συγκριτική Μελέτη (Πριν και μετά την Εφαρμογή Παρέμβασης)	Ασθενείς που επισκέπτονται τα ΤΕΠ	Συχνότητα επίσκεψης ασθενών στην εκτός ωραρίου λειτουργία κλινικής με γενικούς ιατρούς	Τροποποίηση προσελεύσεων στα ΤΕΠ	Μείωση $\approx$ 40% σε μη επείγοντα περιστατικά στα ΤΕΠ κατά την παρέμβαση Μείωση $\approx$ 19% στα συνολικά περιστατικά στα ΤΕΠ
Nolan	2011	Ιρλανδία	Αναδρομική Μελέτη	Ασθενείς που προσέρχονται στα ΤΕΠ	Επέκταση πρόσβασης στο γενικό ιατρό	Επίδραση προσελεύσεων στα ΤΕΠ	Η μείωση του ποσοστού προσέλευσης στα ΤΕΠ ήταν στατιστικά μη σημαντική
DeHaven et al.	2012	ΗΠΑ	Συγκριτική Μελέτη (Πριν και μετά την Εφαρμογή Παρέμβασης)	Ασθενείς που επισκέπτονται τα ΤΕΠ	Σύμπραξη πολιτείας στην πρόσβαση υπηρεσιών ΠΦΥ «PAD»	Επισκέψεις στα ΤΕΠ	Μείωση $\approx$ 5% αφίξεων στα ΤΕΠ
Takahashi et al.	2012	ΗΠΑ	Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Δοκιμή	Ασθενείς	Υπηρεσία τηλεπαρακολούθησης (Tele-ERA) με προσωπικό πρωτοβάθμιας περίθαλψης	Επισκεψιμότητα στα ΤΕΠ	Η μεταβολή του ποσοστού προσέλευσης στα ΤΕΠ ήταν στατιστικά μη σημαντική

Πίνακας 1. Επιλεγμένες Μελέτες

Π Ι Ν Α Κ Α Σ Μ Ε Λ Ε Τ Ω Ν (n=62)

ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΕΤΟΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗΣ	ΧΩΡΑ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΕΚΘΕΣΗΣ (ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΠΦΥ)	ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΕΚΒΑΣΗΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Arain et al.	2013	Ηνωμένο Βασίλειο	Συγκριτική Μελέτη	Ασθενείς που επισκέπτονται τα ιατρεία ΠΦΥ	Επίδραση ενός πρωτοβάθμιου κέντρου φροντίδας	Επίδραση επισκέψεων στα ΤΕΠ	Μείωση ≈8% στις επισκέψεις στα ΤΕΠ
Fifield et al.	2013	ΗΠΑ	Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Δοκιμή	Αρχεία ασθενών ιατρών ΠΦΥ	Πρακτική πρωτοβάθμιας φροντίδας παραπομπής στην ασθενοκεντρική φροντίδα «PCMH» εκτός ΤΕΠ	Εκτίμηση δεικτών ποιότητας και αποτελεσματικότητας της φροντίδας στα ΤΕΠ	Μείωση ≈4% επισκέψεων στα ΤΕΠ
Goodman et al.	2013	ΗΠΑ	Αναδρομική Μελέτη	Πληθυσμός αρχείων ιατρικών ΠΦΥ και ΤΕΠ	Διασύνδεση και συνεργασία ιατρών πρωτοβάθμιας περίθαλψης με ΤΕΠ	Επίδραση προσελεύσεων στα ΤΕΠ	Συνολική μείωση 12% επισκέψεων στα ΤΕΠ
Thijssen et al.	2013	Ολλανδία	Συγκριτική Μελέτη (Πριν και μετά την Εφαρμογή Παρέμβασης)	Ασθενείς που προσέρχονται στα ΤΕΠ	Επίδραση προγράμματος σύμπραξης ΤΕΠ με γενικό ιατρό	Ροή ασθενών στα ΤΕΠ και στο γενικό ιατρό	Αύξηση ασθενών στα ΤΕΠ 14% προ της παρέμβασης Μείωση ασθενών στα ΤΕΠ 13% μετά την παρέμβαση
Burns et al.	2014	ΗΠΑ	Παρεμβατική Μελέτη	Ασθενείς που υπάγονται στο δίκτυο πρωτοβάθμιας περίθαλψης	Πρόσβαση σε προσωπικό ΠΦΥ	Επίδραση επισκέψεων στα ΤΕΠ	Μείωση επισκέψεων στα ΤΕΠ στην ομάδα που έλαβε την παρέμβαση (18,2%) και (13,4%) στην ομάδα συνήθους φροντίδας

Πίνακας 1. Επιλεγμένες Μελέτες

Π Ι Ν Α Κ Α Σ Μ Ε Λ Ε Τ Ω Ν (n=62)

ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΕΤΟΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗΣ	ΧΩΡΑ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΕΚΘΕΣΗΣ (ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΠΦΥ)	ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΕΚΒΑΣΗΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Campbell et al.	2014	Ηνωμένο Βασίλειο	Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Δοκιμή	Ασθενείς	Επίδραση τηλεφωνικής διαλογής «the ESTEEM trial» με τη συνεργασία προσωπικού πρωτοβάθμιας περίθαλψης	Τροποποίηση επισκέψεων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στα ΤΕΠ	Δεν παρατηρήθηκε διαφορά στις εισροές των ΤΕΠ
Nelson et al.	2014	ΗΠΑ	Συγκριτική Μελέτη	Ασθενείς που προσέρχονται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και στα ΤΕΠ	Επίδραση της ασθενοκεντρικής φροντίδας «PCMH»	Ποσοστά επισκεψιμότητας στα ΤΕΠ	Σημαντικά χαμηλά ποσοστά εισροών στα ΤΕΠ (188 έναντι 245 επισκέψεων ανά 1000 ασθενείς)
Stampa et al.	2014	Καναδάς	Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Δοκιμή	Ασθενείς στην κοινότητα	Επίδραση προγράμματος παροχής ολοκληρωμένης πρωτοβάθμιας φροντίδας «COPA»	Προσελεύσεις στα ΤΕΠ	Η επίδραση του προγράμματος στη μείωση εισροών στα ΤΕΠ ήταν στατιστικά μη σημαντική
Pourat et al.	2015	ΗΠΑ	Συγκριτική Μελέτη (Πριν και μετά την Εφαρμογή Παρέμβασης)	Ασθενείς που επισκέπτονται τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης	Επίδραση πολιτικής προώθησης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας «Health Care Coverage Initiative»	Μεταβολή επισκέψεων στην ΠΦΥ και στα ΤΕΠ	Μείωση επισκέψεων στα ΤΕΠ (από 4,11% σε 3,13%)

Πίνακας 1. Επιλεγμένες Μελέτες

Π Ι Ν Α Κ Α Σ Μ Ε Λ Ε Τ Ω Ν (n=62)

ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΕΤΟΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗΣ	ΧΩΡΑ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΕΚΘΕΣΗΣ (ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΠΦΥ)	ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΕΚΒΑΣΗΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Rooij et al.	2015	Ολλανδία	Συγκριτική Μελέτη (Πριν και μετά την Εφαρμογή Παρέμβασης)	Ασθενείς που προσέρχονται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και στα ΤΕΠ	Εκτός ωραρίου λειτουργία έξι υπηρεσιών ΠΦΥ σε συνεργασία με τα ΤΕΠ	Επίδραση προσέλευσης στα ΤΕΠ	Μείωση επισκευσιμότητας στα ΤΕΠ στην ομάδα που έλαβε την παρέμβαση 21,6% έναντι 27,6 της άλλης ομάδας
Wexler et al.	2015	ΗΠΑ	Παρεμβατική Μελέτη	Ασθενείς που επισκέπτονται τα ΤΕΠ	Σχεδιασμός και αξιολόγηση καινοτόμου προγράμματος που άρει τους φραγμούς πρόσβασης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη	Τροποποίηση προσελεύσεων στα ΤΕΠ	Η επίδραση του προγράμματος στη μείωση εισροών στα ΤΕΠ ήταν στατιστικά μη σημαντική
Bruni et al.	2016	Ιταλία	Συγκριτική Μελέτη	Ασθενείς που απευθύνονται στους γενικούς ιατρούς	Πολιτική επέκτασης διαθεσιμότητας υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας 10-12 ώρες ημερησίως	Τροποποίηση επισκευσιμότητας στα ΤΕΠ	Μείωση 10-15% επισκέψεων στα ΤΕΠ
Chang et al.	2016	ΗΠΑ	Συγκριτική Μελέτη	Πληθυσμός αρχείων ιατρικής ένωσης και υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης	Επίδραση αλλαγών σε βάθος 10ετίας στο εργατικό δυναμικό ΠΦΥ	Προσελεύσεις στα ΤΕΠ	Μείωση κατά 712,3 επισκέψεων ανά 100.000 στα ΤΕΠ

Πίνακας 1. Επιλεγμένες Μελέτες

Π Ι Ν Α Κ Α Σ Μ Ε Λ Ε Τ Ω Ν (n=62)

ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΕΤΟΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗΣ	ΧΩΡΑ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΕΚΘΕΣΗΣ (ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΠΦΥ)	ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΕΚΒΑΣΗΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Dolton et al.	2016	Ηνωμένο Βασίλειο	Συγκριτική Μελέτη	Ασθενείς που προσέρχονται στους γενικούς ιατρούς	Επίδραση πιλοτικού προγράμματος λειτουργίας 7 ημερών με υπηρεσίες γενικών ιατρών	Μεταβολή επισκέψεων στα ΤΕΠ	Στατιστικά σημαντική μείωση της τάξεως 9,9% (σαββατοκύριακα) και 17,9% προσέλευσης στα ΤΕΠ
Marshall et al.	2016	Καναδάς	Συγκριτική Μελέτη (Πριν και μετά την Εφαρμογή Παρέμβασης)	Ασθενείς που απευθύνονται στα ΤΕΠ	Επίδραση προγράμματος συντονισμού πρωτοβάθμιας φροντίδας «CBD»	Επισκέψεις στα ΤΕΠ	Σημαντικά χαμηλά ποσοστά επισκέψεων στα ΤΕΠ (34%) κατά τη διάρκεια υλοποίησης του προγράμματος
Ugolini et al.	2016	Ιταλία	Συγκριτική Μελέτη (Πριν και μετά την Εφαρμογή Παρέμβασης)	Ασθενείς που επισκέπτονται τα ΤΕΠ	Σχεδιασμός συστήματος επισπευσμένης διαδικασίας «fast-track systems» με τη σύμπραξη επαγγελματιών ΠΦΥ	Τροποποίηση προσελεύσεων στα ΤΕΠ	Μείωση επισκέψεων 10-14% στα ΤΕΠ
Whittaker et al.	2016	Ηνωμένο Βασίλειο	Συγκριτική Μελέτη	Ασθενείς που επισκέπτονται τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης	Εκτός ωραρίου λειτουργία ιατρείων ΠΦΥ	Μεταβολή επισκεψιμότητας στα ΤΕΠ και στην ΠΦΥ	Μείωση 26,4% σε μη επείγοντα περιστατικά στα ΤΕΠ κατά την παρέμβαση Μείωση 3,1% στα συνολικά

Πίνακας 1. Επιλεγμένες Μελέτες

Π Ι Ν Α Κ Α Σ Μ Ε Λ Ε Τ Ω Ν (n=62)

ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΕΤΟΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗΣ	ΧΩΡΑ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΕΚΘΕΣΗΣ (ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΠΦΥ)	ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΕΚΒΑΣΗΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Capp et al.	2017	ΗΠΑ	Συγκριτική Μελέτη	Ασθενείς που προσέρχονται στα ΤΕΠ	Επίδραση πολυεπιστημονικού προγράμματος οργάνωσης στα ΤΕΠ (B2C)	Τροποποίηση προσελεύσεων στα ΤΕΠ και στην ΠΦΥ	Στατιστικά σημαντική μείωση της τάξεως 27,9% προσέλευσης στα ΤΕΠ
Colliers et al.	2017	Βέλγιο	Συγκριτική Μελέτη (Πριν και μετά την Εφαρμογή Παρέμβασης)	Ασθενείς που απευθύνονται στους γενικούς ιατρούς	Εκτός ωραρίου λειτουργία ιατρείου πρωτοβάθμιας φροντίδας επανδρωμένο με γενικούς ιατρούς σε γειτνίαση και μη με ΤΕΠ	Επίδραση επισκέψεων στα ΤΕΠ	Δεν εμφανίστηκε μεταβολή επισκέψεων στα ΤΕΠ
González-Ortega et al.	2017	Ισπανία	Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Δοκιμή	Ασθενείς που επισκέπτονται ιατρεία ΠΦΥ	Επίδραση τηλεφωνικής καθοδηγητικής παρέμβασης από οικογενειακό ιατρό	Τροποποίηση προσελεύσεων στα ΤΕΠ	Η επίδραση του προγράμματος δεν παρουσίασε μεταβολή εισροών στα ΤΕΠ
Payne et al.	2017	Αυστραλία	Συγκριτική Μελέτη (Πριν και μετά την Εφαρμογή Παρέμβασης)	Ασθενείς που απευθύνονται στο γενικό ιατρό	Εκτός ωραρίου λειτουργία ιατρείου γενικού ιατρού	Επισκέψεις στα ΤΕΠ	Μείωση προσελεύσεων στα ΤΕΠ 41,34% (από 418,5 σε 245,5) κατά τη διάρκεια της παρέμβασης



Πίνακας 1. Επιλεγμένες Μελέτες

Π Ι Ν Α Κ Α Σ Μ Ε Λ Ε Τ Ω Ν (n=62)

ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΕΤΟΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗΣ	ΧΩΡΑ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΕΚΘΕΣΗΣ (ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΠΦΥ)	ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΕΚΒΑΣΗΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Posocco et al.	2018	Ιταλία	Αναδρομική Μελέτη	Ασθενείς που προσέρχονται στις εκτός ωραρίου υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης	Διερεύνηση παραπομπών από εκτός ωραρίου υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης	Επισκεψιμότητα στα ΤΕΠ	≈9% μείωση προσέλευσης στα ΤΕΠ
Tsai et al.	2018	ΗΠΑ	Αναδρομική Μελέτη	Ασθενείς που επισκέπτονται τα ΤΕΠ	Αντίκτυπος μιας παρέμβασης πρωτοβάθμιας φροντίδας	Ποσοστά επισκέψεων στα ΤΕΠ	Στατιστικά σημαντική μείωση στις ετήσιες προσελεύσεις στα ΤΕΠ (53,8%) μετά την υλοποίηση της παρέμβασης
Schrader et al.	2019	ΗΠΑ	Συγκριτική Μελέτη	Ασθενείς που απευθύνονται στα ΤΕΠ	Επίδραση προγράμματος ασφάλισης παραπομπής σε ιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης	Μεταβολή επισκεψιμότητας στα ΤΕΠ	Η επίδραση του προγράμματος δεν παρουσίασε μεταβολή εισροών στα ΤΕΠ
Devlin et al.	2020	Καναδάς	Αναδρομική Μελέτη	Ασθενείς που προσέρχονται στο γενικό ιατρό και στα ΤΕΠ	Εκτός ωραρίου λειτουργία ιατρείων γενικών ιατρών μέσω μεταρρύθμισης από την πολιτεία του Οντάριο	Βελτίωση πρόσβασης στην ΠΦΥ και μείωση προσελεύσεων στα ΤΕΠ	Σημαντική επίδραση στη μείωση συνολικών εισροών στα ΤΕΠ

Πίνακας 1. Επιλεγμένες Μελέτες

Π Ι Ν Α Κ Α Σ Μ Ε Λ Ε Τ Ω Ν (n=62)

ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΕΤΟΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗΣ	ΧΩΡΑ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΕΚΘΕΣΗΣ (ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΠΦΥ)	ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΕΚΒΑΣΗΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Jones et al.	2020	Καναδάς	Αναδρομική Μελέτη	Ασθενείς που λαμβάνουν κατ' οίκον επισκέψεις	Παροχή κατ' οίκον επισκέψεων από ιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης	Τροποποίηση επισκεψιμότητας στα ΤΕΠ	Μείωση 10% επισκέψεων στα ΤΕΠ
Cassarino et al.	2021	Ιρλανδία	Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Δοκιμή	Ασθενείς που επισκέπτονται τα ΤΕΠ	Αντίκτυπος αξιολόγησης και παρέμβασης μιας επαγγελματικής ομάδας υγείας και κοινωνικής φροντίδας	Επισκέψεις στα ΤΕΠ	Επισκέψεις στα ΤΕΠ στην ομάδα που έλαβε την παρέμβαση (19,3%) έναντι (55,9%) στην ομάδα συνήθους φροντίδας
Mann et al.	2021	Αυστραλία	Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Δοκιμή	Ασθενείς που προσέρχονται στην ΠΦΥ	Επίδραση ενός ολοκληρωμένου μοντέλου ΠΦΥ που βασίζεται στην κοινότητα	Ποσοστά προσελεύσεων στα ΤΕΠ	Μείωση 0,28% προσελεύσεων στα ΤΕΠ ανά 1000 ασθενών κατά τη διάρκεια της παρέμβασης
Reed et al.	2021	Αυστραλία	Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Δοκιμή	Ασθενείς 20 υπηρεσιών ΠΦΥ	Επίδραση προγράμματος ΠΦΥ «Flinders QUEST»	Ποσοστά επισκέψεων στα ΤΕΠ	Η μείωση του ποσοστού προσέλευσης στα ΤΕΠ ήταν στατιστικά μη σημαντική

<b>Πίνακας 1. Επιλεγμένες Μελέτες</b>							
<b>Π Ι Ν Α Κ Α Σ Μ Ε Λ Ε Τ Ω Ν (n=62)</b>							
<b>ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ</b>	<b>ΕΤΟΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗΣ</b>	<b>ΧΩΡΑ ΜΕΛΕΤΗΣ</b>	<b>ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ</b>	<b>ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ</b>	<b>ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΕΚΘΕΣΗΣ (ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΠΦΥ)</b>	<b>ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΕΚΒΑΣΗΣ</b>	<b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</b>
Bonney et al.	2022	Αυστραλία	Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Δοκιμή	Ασθενείς που επισκέπτονται τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης	Εγγραφή σε επιθυμητό ιατρό γενικής ιατρικής	Προτίμηση υπηρεσιών ΠΦΥ έναντι επισκέψεων στα ΤΕΠ	Η επίδραση της παρέμβασης στη μείωση επισκέψεων στα ΤΕΠ δεν παρουσίασε σημαντική επιρροή
Hone et al.	2022	Βραζιλία	Συγκριτική Μελέτη	Ασθενείς που προσέρχονται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη	Στρατηγική επέκτασης της πρωτοβάθμιας υγείας «FHS»	Επισκέψεις στα ΤΕΠ	Συνολική μείωση 3% επισκέψεων στα ΤΕΠ
Mangin et al.	2023	Καναδάς	Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Δοκιμή	Ασθενείς που επισκέπτονται τους οικογενειακούς ιατρούς	Πρόγραμμα πρωτοβάθμιας περίθαλψης ενίσχυσης της ποιότητας υγείας «Health TAPESTRY»	Εκτίμηση της αποτελεσματικότητας του προγράμματος και επίδραση προσελεύσεων στα ΤΕΠ	Η επίδραση του ποσοστού προσέλευσης στα ΤΕΠ ήταν στατιστικά μη σημαντική
Safari et al.	2023	Ηνωμένο Βασίλειο	Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Δοκιμή	Ασθενείς που επισκέπτονται ιατρεία ΠΦΥ	Πρόγραμμα εκτίμησης αναγκών και φροντίδας από προσωπικό ΠΦΥ (CGA)	Μεταβολή επισκεψιμότητας στα ΤΕΠ και στην ΠΦΥ	Δεν παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική μεταβολή στις εισροές στα ΤΕΠ μεταξύ των δύο ομάδων

<i>Πίνακας 1. Επιλεγμένες Μελέτες</i>							
<b>Π Ι Ν Α Κ Α Σ   Μ Ε Λ Ε Τ Ω Ν (n=62)</b>							
<b>ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ</b>	<b>ΕΤΟΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗΣ</b>	<b>ΧΩΡΑ ΜΕΛΕΤΗΣ</b>	<b>ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ</b>	<b>ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ</b>	<b>ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΕΚΘΕΣΗΣ (ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΠΦΥ)</b>	<b>ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΕΚΒΑΣΗΣ</b>	<b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</b>
Singh et al.	2023	ΗΠΑ	Συγκριτική Μελέτη	Ασθενείς που επισκέπτονται τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης	Καινοτόμο πρόγραμμα σχεδιασμού πρωτοβάθμιας περίθαλψης «CPC+»	Επίδραση προσελεύσεων στα ΤΕΠ	Εμφανίστηκε 2% μεγαλύτερη μέση ετήσια μείωση στις επισκέψεις στα ΤΕΠ

## Συζήτηση

Ο πρωταρχικός στόχος της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι να εξεταστεί η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων που αποσκοπούν στη μείωση του συνωστισμού στα τμήματα επείγουσας φροντίδας των νοσοκομείων μέσω της εφαρμογής πολιτικών, προγραμμάτων ή πρακτικών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Εντοπίστηκαν 62 μελέτες, οι οποίες εμφανίζουν ετερογένεια στις παρεμβάσεις που υλοποίησαν αναφορικά με την εφαρμογή και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων τους. Στην πλειονότητα των μελετών, η ενίσχυση της πρόσβασης στην ΠΦΥ με την «εκτός ωραρίου» λειτουργία υπηρεσιών ή ιατρικών στελεχωμένων με γενικούς ιατρούς, είτε αυτόνομα, είτε σε σύμπραξη με τα ΤΕΠ, η αναβάθμιση της παροχής υπηρεσιών με την ανακατάταξη του προσωπικού και την αρωγή της τεχνολογίας οδήγησε σε αισθητή μείωση εισροών στα τμήματα άμεσης επέμβασης.

Σε σύνολο 26 μελετών τα ευρήματα των ερευνητών ανέδειξαν σημαντική επίδραση στην αποκλιμάκωση της επισκεψιμότητας στα ΤΕΠ. Συγκεκριμένα σε τέσσερις δοκιμές η μείωση των επισκέψεων στα προαναφερόμενα τμήματα κυμάνθηκε μεταξύ 21,6% και 18,2% στις ομάδες που συμμετείχαν στην παρέμβαση έναντι 13% και 9,5% στις ομάδες ελέγχου (Burns et al, 2014; Cassarino et al, 2021; Coleman et al, 2001; van Gils-van Rooij et al, 2015). Η διεύρυνση της «εκτός ωραρίου» λειτουργίας δομών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών, η ανακατάταξη του υγειονομικού προσωπικού, η συνεργασία των γενικών ιατρών με τα τμήματα επείγουσας φροντίδας και η επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης στις οικονομικά αδύναμες ομάδες συνδέθηκε με στατιστικά σημαντική μείωση περιστατικών στα ΤΕΠ (Bertakis et al, 2011; Bird et al, 2007; Bruni et al, 2016; Bynum et al, 2011; Capp et al, 2017; Chang et al, 2016; Codde et al, 2010; Devlin et al, 2020; Dolton et al, 2016; Goodman et al, 2013; Jones et al, 2011; Marshall et al, 2016; Murnik et al, 2006; Nelson et al, 2014; Payne et al, 2017; Retchin et al, 2009; Thijssen et al, 2013; Tsai et al, 2018; Ugolini et al, 2016; van Uden et al, 2003; Whittaker et al, 2016). Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η μελέτη των van Uden et al, 2005 κατά την οποία η αρμονική συνεργασία ΠΦΥ με τις υπηρεσίες άμεσης βοήθειας οδήγησε στη μείωση των εισροών στα ΤΕΠ σε ποσοστό 52,6%. Επιπρόσθετα στη μελέτη Rust et al, 2009 η ίδρυση πρωτοβάθμιων κέντρων φροντίδας σε επαρχιακές-αγροτικές περιοχές, αναφέρει 33% υψηλότερα ποσοστά επισκέψεων στα ΤΕΠ στις περιοχές χωρίς κάλυψη πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας. Ακολουθούν 13 δοκιμές στις οποίες διαπιστώθηκε περιορισμός στις

εμφανίσεις ασθενών στα ΤΕΠ από 4% έως 10% και εστίαζαν στην αξιολόγηση καινοτόμων μοντέλων παραπομπής των ασθενών σε δομές ΠΦΥ, είτε με πρωτοβουλία των αναφερόμενων υπηρεσιών, είτε με τη συμπαράσταση της πολιτείας και στην παροχή κατ' οίκον επισκέψεων από γενικούς ιατρούς (Arain et al, 2013; Buckley et al, 2010; DeHaven et al, 2010; Fifield et al, 2013; Hone et al, 2022; Jones et al, 2020; Mann et al, 2021; Posocco et al, 2018; Pourat et al, 2015; Schillinger et al, 2000; Scott et al, 2004; Singh et al, 2023; van Uden et al, 2004).

Στον αντίποδα εντοπίστηκαν 22 μελέτες οι οποίες δεν κατέληξαν σε αισθητή μείωση (κάτω του 10%) του συνωστισμού στα ΤΕΠ ή οι όποιες διαφορές χαρακτηρίστηκαν ως στατιστικά μη σημαντικές. Σε σύνολο πέντε μελετών η επέκταση της «εκτός ωραρίου» λειτουργίας ιατρικών στελεχωμένων με γενικούς ιατρούς ή προσωπικό πρωτοβάθμιας περίθαλψης, δε συσχετίστηκε με οποιαδήποτε μεταβολή στις εισροές των τμημάτων επείγουσας ανάγκης. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των συγγραφέων αυτό κατά πάσα πιθανότητα οφείλεται στο μικρό δείγμα που ελέγχθηκε, στην ελεύθερη πρόσβαση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης της χώρας που διενεργήθηκε η δοκιμή και στο περιορισμένο διάστημα στο οποίο έγινε η συλλογή των δεδομένων (Colliers et al, 2017; O'Kelly et al, 2010; Philips et al, 2010; Salisbury et al, 2007; Vedsted et al, 2001). Παρόλο που στη βιβλιογραφία δεν αναφέρεται ποια είναι η κατάλληλη χρονική περίοδος ανάλογων ερευνών για να καταλήξουν σε αξιόλογα ευρήματα, αρκετές έρευνες έχουν αναδείξει θετική έκβαση, ακόμη και σε διάστημα μικρότερο των έξι μηνών. Σε δύο μελέτες, παρόμοια επέκταση πρόσβασης στον οικογενειακό ιατρό κατέληξε σε στατιστικά μη σημαντικά ευρήματα λόγω του ότι αναλύθηκε μόνο το δείγμα των ασθενών που επισκέφθηκαν τον «εκτός ωραρίου» ιατρό (O'Keeffe, 2008; Nolan, 2011). Κατά γενική ομολογία, έχει παρατηρηθεί πως αρκετοί ασθενείς εμφανίζονται στα ΤΕΠ εξαιτίας της εσφαλμένης αντίληψης για τη σοβαρότητα του προβλήματός τους ή της ανάγκης καθυσχασμού και λήψης μιας ιατρικής γνώμης. Επίσης, πληθώρα περιστατικών προτιμούν να επισκέπτονται τα τμήματα επείγοντων διότι αισθάνονται μεγαλύτερη εμπιστοσύνη και εξοικείωση από προηγούμενες εμπειρίες τους, την οποία αποδίδουν στη δυσκολία πρόσβασης ή αδυναμίας εύρεσης άμεσου ραντεβού σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Καθίσταται εμφανές πως οι ώρες που είναι διαθέσιμος ο οικογενειακός ιατρός, επηρεάζουν σημαντικά την επισκεψιμότητα στα τμήματα επείγουσας φροντίδας, συνεπώς είναι μείζονος σημασίας η εκπαίδευση στην τροποποίηση της συμπεριφοράς όσων ασθενών επιλέγουν να καταφεύγουν στα ΤΕΠ για ήσσονος σημασίας προβλήματα (Howard J. et al, 2013; Howard M. et al, 2007; Mosalpuria et al, 2021).

Ανεπαίσθητη μείωση της τάξεως κάτω του 10% παρουσιάστηκε σε μελέτες οι οποίες διερεύνησαν προγράμματα που υλοποιήθηκαν με πρωτοβουλία της ΠΦΥ, τα οποία αφορούσαν την τηλεφωνική διαλογή, την επιλογή εγγραφής ασθενών σε επιθυμητό οικογενειακό ιατρό ή της καθοδηγούμενης φροντίδας (ομάδα επαγγελματιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που αξιολογεί τις ανάγκες του κάθε ασθενούς, παραπέμποντάς τον στην ανάλογη υπηρεσία), κυρίως λόγω του ότι τα χρονικά πλαίσια των δοκιμών οδήγησαν σε περιορισμένη συνολική παρατήρηση των συμμετεχόντων (Bonney et al, 2022; Boult et al, 2011; Campbell et al, 2014; González-Ortega et al, 2017; Hsu et al, 2003; Safari et al, 2023; Schrader et al, 2019; Shum et al, 2000; Sommers et al, 2000). Στατιστικά μη σημαντικά χαρακτηρίστηκαν τα ευρήματα ερευνών που αξιολόγησαν υπηρεσίες τηλεπαρακολούθησης ή προγραμμάτων που διευκολύνουν την πρόσβαση των περιστατικών στην πρωτοβάθμια φροντίδα, διότι δεν τυχαιοποιήθηκε ο πληθυσμός που εξετάστηκε και λόγω του ότι η χώρα στην οποία διενεργήθηκε η δοκιμή διέθετε ήδη σύστημα συνεργασίας ΠΦΥ με ΤΕΠ (Horwitz et al, 2005; Mangin et al, 2023; Reed et al, 2021; Stampa et al, 2014; Takahashi et al, 2012; Wexler et al, 2015). Προηγούμενες μελέτες που χρησιμοποίησαν την τηλεπαρακολούθηση σε σύνθετα και μακροχρόνια νοσήματα ανέδειξαν ελπιδοφόρα αποτελέσματα στη μείωση του συνωστισμού, εν τούτοις δεν παρουσίασαν μεγάλη βελτίωση στην επισκεψιμότητα στα τμήματα άμεσης βοήθειας. Σε διάφορες δοκιμές η τηλεπαρακολούθηση μεμονωμένων ασθενειών έχει καταδείξει μεικτά αποτελέσματα, αποδιδόμενα στην έλλειψη κατάλληλης υποδομής που απαιτείται για την πλήρη βελτιστοποίηση της διαχείρισης των περιστατικών. Τα εμπόδια στην εφαρμογή της τηλεϊατρικής αποδίδονται στην έλλειψη χρηματοδότησης, στην περιορισμένη ενημέρωση περί της τεχνολογικής υποδομής, στην πολιτισμική αντίσταση στις τεχνολογίες και σε διάφορα νομικά ζητήματα (NEHI 2010).

Συνοπτικά, οι επιλεγμένες μελέτες δεν κατέληξαν πάντοτε σε θετικά αποτελέσματα και εξάγεται το συμπέρασμα ότι η αποτελεσματικότητα ενδεχομένως μεταβάλλεται από τον τύπο των δοκιμών, τον πληθυσμό των ασθενών, τον τρόπο λειτουργίας και τη σύνθεση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας της εκάστοτε χώρας.

Τα ευρήματα της παρούσας ανασκόπησης ενισχύονται και από προηγούμενες έρευνες, ως προς την ποιότητα των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας και την ικανοποίηση των ασθενών. Συγκεκριμένα σε μια εξ αυτών πραγματοποιήθηκε συνέντευξη σε ασθενείς που προσήλθαν στα ΤΕΠ και διαπιστώθηκε ότι η πρόσβαση σε γενικούς ιατρούς ήταν προτιμότερη αλλά μη διαθέσιμη. Αντίστοιχη δοκιμή που επικεντρώθηκε στις πρακτικές του δικτύου ΠΦΥ, διαπίστωσε ότι οι ασθενείς που προσέρχονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα

μετά το πέρας του ωραρίου ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι σε σχέση με εκείνους που αναζητούσαν περίθαλψη «εκτός ωραρίου» σε τμήματα επείγουσας βοήθειας, λόγω της συντομότερης αναμονής και των μικρότερων καθυστερήσεων (Howard M. et al, 2007).

Τα αποτελέσματα των επιλεγμένων μελετών ανέδειξαν ότι η ενίσχυση της διευρυμένης πρόσβασης στην ΠΦΥ, ιδίως στις αγροτικές και αστικές περιοχές που ήταν ανεπαρκής, επηρέασε σε μεγάλο ποσοστό την αποκλιμάκωση στα τμήματα επειγόντων περιστατικών. Με βάση τα προαναφερόμενα, παρατηρείται σημαντικό κενό στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης επαρχιακών περιοχών, για παράδειγμα, στις ΗΠΑ αντιστοιχούν 13 γενικοί ιατροί σε 10.000 κατοίκους επαρχιακών-αγροτικών τοποθεσιών, ενώ στις αστικές περιοχές, ο αριθμός αυτός αυξάνεται σε 33 ανά 10.000 κατοίκους αντίστοιχα. Η επένδυση σε κοινοτικά κέντρα υγείας είναι μια αποδεδειγμένη τεχνική για την ενδυνάμωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας σε αγροτικές και «υποεξυπηρετούμενες» περιοχές, και μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση της κοινωνικής ανισότητας, όπως η πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες ΠΦΥ. Οι αρμόδιοι χάραξης πολιτικών είναι απαραίτητο να εξετάσουν ενδελεχώς τις ανάγκες κάθε κοινότητας και των παρόχων πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης σε σχέση με τη νοσοκομειακή φροντίδα και να δημιουργήσουν κίνητρα ώστε η ΠΦΥ να είναι διαθέσιμη και στις επαρχιακές και αγροτικές περιοχές. Καθαινό τον τρόπο θα επιτευχθεί η ισότητα στην υγεία και η βελτίωση της ποιότητας ζωής του πληθυσμού, ανεξαρτήτως γεωγραφικής θέσης ή κοινωνικοοικονομικού επιπέδου (Mosalpuria et al, 2021).

Οι συμπεριλαμβανόμενες δοκιμές που εστίασαν στην εφαρμογή παρεμβάσεων στην ΠΦΥ στην πλειονότητά τους κατέληξαν σε θετικά αποτελέσματα όσον αφορά τη μείωση επισκέψεων στα ΤΕΠ. Για την ακρίβεια, η επέκταση πρόσβασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα (λειτουργία «εκτός ωραρίου» γενικών ιατρών ή ιατρείων ΠΦΥ, τακτικές συναντήσεις με επαγγελματίες ΠΦΥ, ενίσχυση υπηρεσιών) και η χορήγηση ασφαλιστικής ικανότητας στις αδύναμες οικονομικά ή κοινωνικά ομάδες συνέβαλαν αισθητά στον περιορισμό του συνωστισμού στα τμήματα άμεσης ανάγκης. Επίσης, στη μείωση της υπερεπισκεψιμότητας εξέχουσα θέση κατέχουν οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης που εφαρμόζονται εντός ή παράλληλα με τα ΤΕΠ, η διεπιστημονική συνεργασία όλων των επαγγελματιών υγείας και η υλοποίηση ασθενοκεντρικών μοντέλων. Τέλος, σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξε η εφαρμογή κρατικών πρωτοβουλιών (ίδρυση κέντρων ΠΦΥ ή ιατρείων γενικής ιατρικής) και οι αλλαγές στην οργάνωση του εργατικού δυναμικού της πρωτοβάθμιας φροντίδας.



Στις μελέτες που συμπεριλήφθηκαν, περιγράφηκαν οι παράγοντες και μηχανισμοί που θεωρούνται ότι συντελούν στην αποτελεσματική και ασφαλή διοχέτευση των ασθενών σε δομές ΠΦΥ έναντι των ΤΕΠ. Αυτό που υπογραμμίζεται είναι η παροχή ενισχυμένων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης κατά προτίμηση παράλληλα με τα εφημερεύοντα ΤΕΠ. Τα κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης καλό είναι να απευθύνονται και στις ευάλωτες ομάδες, μειονότητες, άστεγους ή ανασφάλιστους, ώστε να αναλαμβάνουν εξ ολοκλήρου την ευθύνη για όλες τις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης και να κατευθύνονται στην ανάλογη υπηρεσία. Πρόσφορο θα ήταν οι ασθενείς που προσέρχονται στα τμήματα άμεσης ανάγκης να αξιολογούνται και να ταξινομούνται από προσωπικό ΠΦΥ και όσοι κρίνονται ως περιστατικά «χαμηλής επικινδυνότητας» να παραπέμπονται σε ιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Δεν είναι απαραίτητο όλοι να συμβουλευούνται έναν ιατρό διά ζώσης. Η τηλεϊατρική σημαίνει ότι οι ασθενείς δύνανται να συμβουλευονται τον ιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης διαδικτυακά ή μέσω άλλων ψηφιακών εργαλείων, αυξάνοντας την πρόσβαση στην ΠΦΥ και συμβάλλοντας στη μείωση της ζήτησης των ΤΕΠ. Η αύξηση των επενδύσεων για τη βελτίωση της πρόσβασης και της ενίσχυσης του εργατικού δυναμικού στην ΠΦΥ συστήνεται ως εναλλακτική επιλογή για την αποκλιμάκωση του συνωστισμού στα τμήματα άμεσης φροντίδας.

Ανακεφαλαιώνοντας, η εν λόγω συστηματική ανασκόπηση στηρίχθηκε σε στοιχεία, τα οποία αντλήθηκαν από δύο βιβλιογραφικές βάσεις δεδομένων, την PubMed και τη Scopus, καταλήγοντας στον εντοπισμό μελετών με ποικιλόμορφα χαρακτηριστικά. Οι έρευνες που εντοπίστηκαν χαρακτηρίζονται από ετερογένεια αναφορικά με τη γεωγραφική τους κατανομή, τον πληθυσμό μελέτης, το χρονικό διάστημα που διήρκεσαν και την έκβαση στην οποία κατέληξαν. Τα αποτελέσματά τους ήταν πολυποίκιλα και αρκετές ήλεγξαν και περαιτέρω παραμέτρους, όπως την αύξηση επισκεψιμότητας στην ΠΦΥ, τα οικονομικά οφέλη και την ικανοποίηση των ασθενών. Η πλειονότητα απέδειξε πως η ενδυνάμωση, αναδιάρθρωση και μεταρρύθμιση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, εάν πραγματοποιηθεί απρόσκοπτα, οργανωμένα και συστηματικά παρουσιάζει ευεργετικό αντίκτυπο στη μεταβολή της επισκεψιμότητας των τμημάτων επειγόντων περιστατικών.

Αδιαμφισβήτητο το φαινόμενο του συνωστισμού στα ΤΕΠ εντοπίζεται και στον ελλαδικό χώρο, καθιστώντας επιβεβλημένη την ανάγκη καθορισμού των παραγόντων που θα συμβάλουν στη μείωση της αυξημένης επισκεψιμότητας στις συγκεκριμένες υπηρεσίες. Όσον αφορά τη γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών νοσοκομειακής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των εγκαταστάσεων και του ανθρώπινου δυναμικού, σε ολόκληρη τη

χώρα, παρατηρείται το πόσο άνισα είναι κατανομημένες, τόσο στα μεγάλα αστικά κέντρα όσο και σε επαρχιακές περιοχές, όπου σε ορισμένες από αυτές, είναι ακόμη και ανύπαρκτες. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι περιορισμένες και η έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού τα καθιστά υποστελεχωμένα. Το ενδιαφέρον ωστόσο επικεντρώνεται και στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των πληθυσμιακών ομάδων που επισκέπτονται τα ΤΕΠ, όπως οι αιτούντες άσυλο και οι μετανάστες, οι οποίοι χαρακτηρίζονται ως άτομα με αυξημένες ανάγκες επιδημιολογικής επιτήρησης και ιατρικής φροντίδας (Howard J. et al, 2013).

Ανυπέβλητα προβλήματα στο σύστημα υγείας της Ελλάδας προξένησε σε μεγάλο βαθμό η οικονομική κρίση, η οποία οδήγησε σε περικοπές στη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης, στην ανακατανομή του προσωπικού ακόμη και στη συγχώνευση νοσοκομείων και υπηρεσιών ΠΦΥ. Το 2017 στο πλαίσιο μεταρρύθμισης του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), η Ελλάδα για πρώτη φορά, ίδρυσε ενοποιημένες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης που βασίζονται σε κοινοτικές μονάδες ΠΦΥ, ευρύτερα γνωστές ως Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟΜΥ). Τα βασικά τους πλεονεκτήματα είναι η ανθρωποκεντρική προσέγγιση, η εισαγωγή διεπιστημονικών ομάδων και η παροχή υπηρεσιών κοντά στην κοινότητα, παρουσιάζουν όμως και ορισμένες αδυναμίες, όπως η μη ολοκληρωμένη ενσωμάτωση στο σύστημα υγείας, η μειωμένη διασυνδεσιμότητα και η περιορισμένη πληθυσμιακή κάλυψη (Ziomas et al, 2018).

Μολονότι έχουν γίνει διάφορες προσπάθειες βελτίωσης και ομογενοποίησης της ΠΦΥ, η Ελλάδα εξακολουθεί να μη διαθέτει ένα βιώσιμο και ενιαίο μοντέλο παροχής υπηρεσιών υγείας. Παρά τη μεταρρύθμιση και εξυγίανση, το σύστημα πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί θέμα πολιτικής συζήτησης και αντιπαράθεσης καθόσον υπάρχουν αρκετοί τομείς που χρήζουν βελτίωσης, όπως η έλλειψη χρηματοδότησης και τα προβλήματα γραφειοκρατίας και αναβλητικότητας. Πολλοί ασθενείς, ιδίως όσοι κατοικούν σε αγροτικές περιοχές ή με χαμηλά εισοδήματα, βιώνουν δυσκολίες πρόσβασης στη φροντίδα που έχουν ανάγκη (Kampouraki et al, 2023).

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, ο Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ) καθοδηγούσε τον πληθυσμό να απευθύνεται και να συμβουλευέται τον οικογενειακό ιατρό του. Με αφορμή αυτό, τον Αύγουστο του 2022, η πολιτεία προέβη στη θεσμοθέτηση μιας ρηξικέλευθης μεταρρύθμισης, τον «οικογενειακό ιατρό», σύμφωνα με την οποία οι πολίτες καλούνταν υποχρεωτικά να εγγραφούν μέσω ηλεκτρονικής πλατφόρμας σε προσωπικό ιατρό της επιλογής τους. Εκτενέστερα, ο οικογενειακός ιατρός θα είχε τη

δυνατότητα να στηρίζει την ποιοτική παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης και να συντονίζει τη φροντίδα ασθενών με χρόνιες, σύνθετες και πολύπλοκες ασθένειες. Σε αρκετές χώρες ανά τον κόσμο η λειτουργία της συγκεκριμένης υπηρεσίας συντέλεσε στην αξιοσημείωτη μείωση της χρήσης των τμημάτων επειγόντων περιστατικών και του συνολικού κόστους περίθαλψης. Δυστυχώς όμως, στην Ελλάδα ο «οικογενειακός ιατρός» δε λειτούργησε έως και σήμερα (WHO 2021).

Εν κατακλείδι, υπάρχει ανάγκη για συντονισμένη και ασθενοκεντρική πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη, η οποία θα έχει ως επίκεντρο την πρόληψη και μια πιο ολιστική προσέγγιση στη φροντίδα των ασθενών. Καθίσταται καθοριστικής σημασίας οι ιθύνοντες να επικεντρωθούν στην ενίσχυση και ενδυνάμωση της ΠΦΥ, με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών, τη διαχείριση των προσδοκιών τους και την αποτελεσματική επίλυση των προβλημάτων τους. Η ανάπτυξη αστικών κέντρων ΠΦΥ με υπηρεσίες καθημερινής 24ωρης λειτουργίας και η εκ βάθρων αναδιοργάνωση των τμημάτων πρώτων βοηθειών με μονάδες βραχείας νοσηλείας ("one day clinics"), θα μπορούσε να είναι ζωτικής σημασίας για την κλινική αποτελεσματικότητα και την αποσυμφόρηση των επισκέψεων στις υπηρεσίες επείγουσας ανάγκης. Η κινητοποίηση «φέρει πρόοδο», ενώ οι μεγαλύτεροι εχθροί για την υγεία είναι η άγνοια και η αδράνεια (Galanakos et al, 2023).

## Βιβλιογραφία

Al-Shaqsi, S. (2010) ‘Models of International Emergency Medical Service (EMS) Systems’, *Oman Medical Journal*, 25(4), pp. 320–323. Available at: <https://doi.org/10.5001/omj.2010.92>.

American College of Emergency Physicians (2008) ‘Approaching Full Capacity in the Emergency Department an information paper’. Available at: [https://www.acep.org/siteassets/uploads/uploaded-files/acep/clinical-and-practice-management/resources/crowding/approach\\_full\\_capacity.pdf](https://www.acep.org/siteassets/uploads/uploaded-files/acep/clinical-and-practice-management/resources/crowding/approach_full_capacity.pdf).

Arain, M., Campbell, M.J. and Nicholl, J.P. (2015) ‘Impact of a GP-led walk-in centre on NHS emergency departments’, *Emergency medicine journal: EMJ*, 32(4), pp. 295–300. Available at: <https://doi.org/10.1136/emmermed-2013-202410>.

Berchet, C. (2015) *Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand*. Paris: OECD. Available at: <https://doi.org/10.1787/5jrts344crns-en>.

Bertakis, K.D. and Azari, R. (2011) ‘Patient-Centered Care is Associated with Decreased Health Care Utilization’, *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 24(3), pp. 229–239. Available at: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2011.03.100170>.

Bird, S.R. *et al.* (2007) ‘Integrated care facilitation for older patients with complex health care needs reduces hospital demand’, *Australian Health Review: A Publication of the Australian Hospital Association*, 31(3), pp. 451–461; discussion 449-450. Available at: <https://doi.org/10.1071/ah070451>.

Bonney, A. *et al.* (2022) ‘Effectiveness of Quality Incentive Payments in General Practice (EQuIP-GP) cluster randomized trial: impact on patient-reported experience’, *Family Practice*, 39(3), pp. 373–380. Available at: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmab157>.

Boult, C. *et al.* (2011) ‘The effect of guided care teams on the use of health services: results from a cluster-randomized controlled trial’, *Archives of Internal Medicine*, 171(5), pp. 460–466. Available at: <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2010.540>.

Buckley, D.J., Curtis, P.W. and McGirr, J.G. (2010) ‘The effect of a general practice after-hours clinic on emergency department presentations: a regression time series analysis’, *The Medical Journal of Australia*, 192(8), pp. 448–451. Available at: <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2010.tb03583.x>.

Burns, M.E. *et al.* (2014) ‘Feasibility and evaluation of a pilot community health worker intervention to reduce hospital readmissions’, *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 26(4), pp. 358–365. Available at: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu046>.

Bynum, J.P.W. *et al.* (2011) ‘Fewer hospitalizations result when primary care is highly integrated into a continuing care retirement community’, *Health Affairs (Project Hope)*, 30(5), pp. 975–984. Available at: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.1102>.

Campbell, J.L. *et al.* (2014) ‘Telephone triage for management of same-day consultation requests in general practice (the ESTEEM trial): a cluster-randomised controlled trial and cost-consequence analysis’, *Lancet (London, England)*, 384(9957), pp. 1859–1868. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61058-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61058-8).

Capp, R. *et al.* (2017) ‘Coordination Program Reduced Acute Care Use And Increased Primary Care Visits Among Frequent Emergency Care Users’, *Health Affairs (Project Hope)*, 36(10), pp. 1705–1711. Available at: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2017.0612>.

Cassarino, M. *et al.* (2021) ‘Impact of assessment and intervention by a health and social care professional team in the emergency department on the quality, safety, and clinical effectiveness of care for older adults: A randomised controlled trial’, *PLoS medicine*, 18(7), p. e1003711. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003711>.

Centers for Disease Control and Prevention (2023) *Report - Health, United States, National Center for Health Statistics*. Available at: <https://www.cdc.gov/nchs/hus/report.htm> (Accessed: 16 February 2024).

Chang, C.-H., O’Malley, A.J. and Goodman, D.C. (2017) ‘Association between Temporal Changes in Primary Care Workforce and Patient Outcomes’, *Health Services Research*, 52(2), pp. 634–655. Available at: <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12513>.

Codde, J. *et al.* (2010) ‘Transfers from residential aged care facilities to the emergency department are reduced through improved primary care services: an intervention study’, *Australasian Journal on Ageing*, 29(4), pp. 150–154. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2010.00418.x>.

Coleman, E.A. *et al.* (2001) ‘Reducing emergency visits in older adults with chronic illness. A randomized, controlled trial of group visits’, *Effective clinical practice: ECP*, 4(2), pp. 49–57.

Colliers, A. *et al.* (2017) ‘Implementation of a general practitioner cooperative adjacent to the emergency department of a hospital increases the caseload for the GPC but not for the emergency department’, *Acta Clinica Belgica*, 72(1), pp. 49–54. Available at: <https://doi.org/10.1080/17843286.2016.1245936>.

Darrab, A.A. *et al.* (2006) ‘How does fast track affect quality of care in the emergency department?’, *European Journal of Emergency Medicine: Official Journal of the European Society for Emergency Medicine*, 13(1), pp. 32–35. Available at: <https://doi.org/10.1097/00063110-200602000-00008>.

De Stampa, M. *et al.* (2014) ‘Impact on hospital admissions of an integrated primary care model for very frail elderly patients’, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 58(3), pp. 350–355. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2014.01.005>.

Dehaven, M. *et al.* (2012) ‘The effects of a community-based partnership, Project Access Dallas (PAD), on emergency department utilization and costs among the uninsured’, *Journal of Public Health (United Kingdom)*, 34(4), pp. 577–583. Available at: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fds027>.

Devlin, R.A. *et al.* (2020) ‘After-Hours Incentives and Emergency Department Visits: Evidence from Ontario’, *Canadian Public Policy*, 46(2), pp. 253–263. Available at: <https://doi.org/10.3138/cpp.2019-046>.

Dolton, P. and Pathania, V. (2016) ‘Can increased primary care access reduce demand for emergency care? Evidence from England’s 7-day GP opening’, *Journal of Health Economics*, 49, pp. 193–208. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2016.05.002>.

ED Decongestion Expert Panel, H.O.C. (2009) *Improving Access to Quality Care for Emergency Department Patients in British Columbia - Report of the Expert Panel on ED Decongestion*. Department of Emergency Medicine. Available at: [https://emergency.med.ubc.ca/files/2013/10/Report\\_of\\_the\\_ED\\_Decongestion\\_Expert\\_Panel\\_FINAL1.pdf](https://emergency.med.ubc.ca/files/2013/10/Report_of_the_ED_Decongestion_Expert_Panel_FINAL1.pdf).

Fifield, J. *et al.* (2013) 'Quality and efficiency in small practices transitioning to patient centered medical homes: a randomized trial', *Journal of General Internal Medicine*, 28(6), pp. 778–786. Available at: <https://doi.org/10.1007/s11606-013-2386-4>.

Fishman, J., McLafferty, S. and Galanter, W. (2018) 'Does Spatial Access to Primary Care Affect Emergency Department Utilization for Nonemergent Conditions?', *Health Services Research*, 53(1), pp. 489–508. Available at: <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12617>.

Galanakos, S.P. *et al.* (2023) 'Primary Health Care: Our Experience From an Urban Primary Health Care Center in Greece', *Cureus*, 15(2), p. e35241. Available at: <https://doi.org/10.7759/cureus.35241>.

van Gils-van Rooij, E.S.J. *et al.* (2015) 'Out-of-Hours Care Collaboration between General Practitioners and Hospital Emergency Departments in the Netherlands', *Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM*, 28(6), pp. 807–815. Available at: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2015.06.140261>.

González-Ortega, M. *et al.* (2017) 'Randomized trial to reduce emergency visits or hospital admissions using telephone coaching to complex patients', *Family Practice*, 34(2), pp. 219–226. Available at: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmw119>.

Goodman, R.M. (2013) 'Emergency department use associated with primary care office management', *The American Journal of Managed Care*, 19(5), pp. e185-196.

Hammer, C. *et al.* (2022) 'Enhancing Hospital-Wide Patient Flow to Reduce Emergency Department Crowding and Boarding', *Journal of Emergency Nursing*, 48(5), pp. 603–609. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2022.06.002>.

Hone, T. *et al.* (2022) 'Expansion of primary healthcare and emergency hospital admissions among the urban poor in Rio de Janeiro Brazil: A cohort analysis', *The Lancet Regional Health - Americas*, 15, p. 100363. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100363>.

Horwitz, S.M. *et al.* (2005) 'Intensive intervention improves primary care follow-up for uninsured emergency department patients', *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 12(7), pp. 647–652. Available at: <https://doi.org/10.1197/j.aem.2005.02.015>.

Howard, J. *et al.* (2013) 'Electronic health record impact on work burden in small, unaffiliated, community-based primary care practices', *Journal of General Internal Medicine*, 28(1), pp. 107–113. Available at: <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2192-4>.

Howard, M. *et al.* (2007) 'Patient satisfaction with care for urgent health problems: a survey of family practice patients', *Annals of Family Medicine*, 5(5), pp. 419–424. Available at: <https://doi.org/10.1370/afm.704>.

Hsu, R.T. *et al.* (2003) 'Effect of NHS walk-in centre on local primary healthcare services: before and after observational study', *BMJ (Clinical research ed.)*, 326(7388), p. 530. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7388.530>.

Huecker, M.R. *et al.* (2022) 'Emergency Medicine History and Expansion into the Future: A Narrative Review', *The Western Journal of Emergency Medicine*, 23(3), pp. 418–423. Available at: <https://doi.org/10.5811/westjem.2022.2.55108>.

Idil, H. *et al.* (2018) 'Non-urgent adult patients in the emergency department: Causes and patient characteristics', *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 18(2), pp. 71–74. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.tjem.2017.10.002>.

Jones, A. *et al.* (2020) 'Physician Home Visit Patterns and Hospital Use Among Older Adults with Functional Impairments', *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(9), pp. 2074–2081. Available at: <https://doi.org/10.1111/jgs.16639>.

Jones, D., Carroll, L. and Frank, L. (2011) 'After-hours care in suburban Canada: influencing emergency department utilization', *Journal of Primary Care & Community Health*, 2(4), pp. 250–254. Available at: <https://doi.org/10.1177/2150131911408431>.

Jung, H.M. *et al.* (2021) 'The effect of overcrowding in emergency departments on the admission rate according to the emergency triage level', *PloS One*, 16(2), p. e0247042. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247042>.



- Källberg, A.-S. *et al.* (2013) 'Medical errors and complaints in emergency department care in Sweden as reported by care providers, healthcare staff, and patients - a national review', *European Journal of Emergency Medicine: Official Journal of the European Society for Emergency Medicine*, 20(1), pp. 33–38. Available at: <https://doi.org/10.1097/MEJ.0b013e32834fe917>.
- Kampouraki, M. *et al.* (2023) 'Building Strong Primary Healthcare Systems in Greece', *Cureus*, 15(7), p. e41333. Available at: <https://doi.org/10.7759/cureus.41333>.
- Kotsiou, O.S. *et al.* (2018) 'The Emergency Medical System in Greece: Opening Aeolus' Bag of Winds', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(4), p. 745. Available at: <https://doi.org/10.3390/ijerph15040745>.
- Koutserimpas, C. *et al.* (2019) 'The burden on public emergency departments during the economic crisis years in Greece: a two-center comparative study', *Public Health*, 167, pp. 16–20. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.10.013>.
- Leutgeb, R. *et al.* (2014) 'On a European collaboration to identify organizational models, potential shortcomings and improvement options in out-of-hours primary health care', *The European journal of general practice*, 20(3), pp. 233–237. Available at: <https://doi.org/10.3109/13814788.2014.887069>.
- Lippi Bruni, M., Mammi, I. and Ugolini, C. (2016) 'Does the extension of primary care practice opening hours reduce the use of emergency services?', *Journal of Health Economics*, 50, pp. 144–155. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2016.09.011>.
- Mangin, D. *et al.* (2023) 'Health TAPESTRY Ontario: A Multi-Site Randomized Controlled Trial Testing Implementation and Reproducibility', *Annals of Family Medicine*, 21(2), pp. 132–142. Available at: <https://doi.org/10.1370/afm.2944>.
- 'Manifesto for emergency medicine in Europe. Council of the European Society for Emergency Medicine' (1998) *European Journal of Emergency Medicine: Official Journal of the European Society for Emergency Medicine*, 5(4), pp. 389–390.
- Mann, J. *et al.* (2021) 'Impact of an integrated community-based model of care for older people with complex conditions on hospital emergency presentations and admissions: a step-wedged cluster randomized trial', *BMC health services research*, 21(1), p. 701. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06668-x>.

Marshall, E.G. *et al.* (2016) ‘Improving Continuity of Care Reduces Emergency Department Visits by Long-Term Care Residents’, *Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM*, 29(2), pp. 201–208. Available at: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2016.12.150309>.

Mora-García, C.A., Pesec, M. and Prado, A.M. (2024) ‘The effect of primary healthcare on mortality: Evidence from Costa Rica’, *Journal of Health Economics*, 93, p. 102833. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2023.102833>.

Morley, C. *et al.* (2018) ‘Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions’, *PloS One*, 13(8), p. e0203316. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203316>.

Morreel, S. *et al.* (2021) ‘Triage and referring in adjacent general and emergency departments (the TRIAGE trial): A cluster randomised controlled trial’, *PloS One*, 16(11), p. e0258561. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258561>.

Mosalpuria, K., Wilson, F. and Siahpush, M. (2021) ‘Disparities in Access to After-Hours Care in the U.S.: A National Study’, *Journal of Health Disparities Research and Practice*, 14(1). Available at: <https://digitalscholarship.unlv.edu/jhdrp/vol14/iss1/1>.

Murnik, M. *et al.* (2006) ‘Web-based primary care referral program associated with reduced emergency department utilization’, *Family Medicine*, 38(3), pp. 185–189.

Nelson, K.M. *et al.* (2014) ‘Implementation of the patient-centered medical home in the Veterans Health Administration: associations with patient satisfaction, quality of care, staff burnout, and hospital and emergency department use’, *JAMA internal medicine*, 174(8), pp. 1350–1358. Available at: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.2488>.

Network for Excellence in Health Innovation (2010) *A Matter of Urgency: Reducing Emergency Department Overuse A NEHI Research Brief – March 2010, Archived Reports*. Available at: <https://www.nehi-us.org/reports-archive> (Accessed: 16 February 2024).

Nolan, A. (2011) ‘An extension in eligibility for free primary care and avoidable hospitalisations: a natural experiment’, *Social Science & Medicine (1982)*, 73(7), pp. 978–985. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.06.057>.

O’Keeffe, N. (2008) ‘The effect of a new general practice out-of-hours co-operative on a county hospital accident and emergency department’, *Irish Journal of Medical Science*, 177(4), pp. 367–370. Available at: <https://doi.org/10.1007/s11845-008-0195-2>.

O’Kelly, F.D. *et al.* (2010) ‘Impact of a GP cooperative on lower acuity emergency department attendances’, *Emergency medicine journal: EMJ*, 27(10), pp. 770–773. Available at: <https://doi.org/10.1136/emj.2009.072686>.

Page, M.J. *et al.* (2021) ‘The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews’, *BMJ*, 372, p. n71. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>.

Payne, K. *et al.* (2017) ‘An after hours gp clinic in regional Australia: appropriateness of presentations and impact on local emergency department presentations’, *BMC family practice*, 18(1), p. 86. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0657-6>.

Philips, H. *et al.* (2010) ‘What’s the effect of the implementation of general practitioner cooperatives on caseload? Prospective intervention study on primary and secondary care’, *BMC health services research*, 10, p. 222. Available at: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-222>.

Posocco, A. *et al.* (2018) ‘Role of out of hours primary care service in limiting inappropriate access to emergency department’, *Internal and Emergency Medicine*, 13(4), pp. 549–555. Available at: <https://doi.org/10.1007/s11739-017-1679-8>.

Pourat, N. *et al.* (2015) ‘In California, Primary Care Continuity Was Associated With Reduced Emergency Department Use And Fewer Hospitalizations’, *Health Affairs (Project Hope)*, 34(7), pp. 1113–1120. Available at: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.1165>.

Reed, R.L. *et al.* (2022) ‘A general practice intervention for people at risk of poor health outcomes: the Flinders QUEST cluster randomised controlled trial and economic evaluation’, *The Medical Journal of Australia*, 216(9), pp. 469–475. Available at: <https://doi.org/10.5694/mja2.51484>.

Retchin, S.M., Garland, S.L. and Anum, E.A. (2009) ‘The transfer of uninsured patients from academic to community primary care settings’, *The American Journal of Managed Care*, 15(4), pp. 245–252.

Richardson, D.B. (2006) 'Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding', *The Medical Journal of Australia*, 184(5), pp. 213–216. Available at: <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2006.tb00204.x>.

Royal College of Emergency Medicine (2021) *RCEM acute insight series: Crowding and its consequences (RCEM, November 2021), Patient Safety Learning - the hub*. Available at: <https://www.pslhub.org/learn/patient-safety-in-health-and-care/rcem-acute-insight-series-crowding-and-its-consequences-rcem-november-2021-r10504/> (Accessed: 16 February 2024).

Rust, G. *et al.* (2009) 'Presence of a community health center and uninsured emergency department visit rates in rural counties', *The Journal of Rural Health: Official Journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association*, 25(1), pp. 8–16. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2009.00193.x>.

Safari, R., Jackson, J. and Boole, L. (2023) 'Comprehensive geriatric assessment delivered by advanced nursing practitioners within primary care setting: a mixed-methods pilot feasibility randomised controlled trial', *BMC geriatrics*, 23(1), p. 513. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04218-0>.

Salisbury, C. *et al.* (2007) 'The impact of co-located NHS walk-in centres on emergency departments', *Emergency Medicine Journal*, 24(4), pp. 265–269. Available at: <https://doi.org/10.1136/emj.2006.042507>.

Salway, R. *et al.* (2017) 'EMERGENCY DEPARTMENT (ED) OVERCROWDING: EVIDENCE-BASED ANSWERS TO FREQUENTLY ASKED QUESTIONS', *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(2), pp. 213–219. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.04.008>.

Sartini, M. *et al.* (2022) 'Overcrowding in Emergency Department: Causes, Consequences, and Solutions—A Narrative Review', *Healthcare*, 10(9), p. 1625. Available at: <https://doi.org/10.3390/healthcare10091625>.

Savioli, G. *et al.* (2022) 'Emergency Department Overcrowding: Understanding the Factors to Find Corresponding Solutions', *Journal of Personalized Medicine*, 12(2), p. 279. Available at: <https://doi.org/10.3390/jpm12020279>.

Schillinger, D. *et al.* (2000) 'Effects of primary care coordination on public hospital patients', *Journal of General Internal Medicine*, 15(5), pp. 329–336. Available at: <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2000.07010.x>.

Schrader, C.D. *et al.* (2019) 'Common step-wise interventions improved primary care clinic visits and reduced emergency department discharge failures: a large-scale retrospective observational study', *BMC health services research*, 19(1), p. 451. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4300-1>.

Scott, J.C. *et al.* (2004) 'Effectiveness of a group outpatient visit model for chronically ill older health maintenance organization members: a 2-year randomized trial of the cooperative health care clinic', *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(9), pp. 1463–1470. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52408.x>.

Shi, L. (2012) 'The impact of primary care: a focused review', *Scientifica*, 2012, p. 432892. Available at: <https://doi.org/10.6064/2012/432892>.

Shum, C. *et al.* (2000) 'Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicentre, randomised controlled trial', *BMJ (Clinical research ed.)*, 320(7241), pp. 1038–1043. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7241.1038>.

Singer, A.J. *et al.* (2011) 'The association between length of emergency department boarding and mortality', *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 18(12), pp. 1324–1329. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2011.01236.x>.

Singh, P. *et al.* (2024) 'The Comprehensive Primary Care Plus Model and Health Care Spending, Service Use, and Quality', *JAMA*, 331(2), pp. 132–146. Available at: <https://doi.org/10.1001/jama.2023.24712>.

Smith, M. and Feied, C. (1999) 'The Emergency Department as a Complex System', in. Available at: <https://www.semanticscholar.org/paper/The-Emergency-Department-as-a-Complex-System-Smith-Feied/77456f34608a9913d5a05f38ecf14849f2dbae3d#citing-papers> (Accessed: 16 February 2024).

Sommers, L.S. *et al.* (2000) 'Physician, nurse, and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors', *Archives of Internal Medicine*, 160(12), pp. 1825–1833. Available at: <https://doi.org/10.1001/archinte.160.12.1825>.

Takahashi, P.Y. *et al.* (2010) 'A randomized controlled trial of telemonitoring in older adults with multiple chronic conditions: the Tele-ERA study', *BMC health services research*, 10, p. 255. Available at: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-255>.

Thijssen, W. a. M.H. *et al.* (2013) 'The impact on emergency department utilization and patient flows after integrating with a general practitioner cooperative: an observational study', *Emergency Medicine International*, 2013, p. 364659. Available at: <https://doi.org/10.1155/2013/364659>.

Tsai, M.-H. *et al.* (2018) 'Reducing High-Users' Visits to the Emergency Department by a Primary Care Intervention for the Uninsured: A Retrospective Study', *Inquiry: A Journal of Medical Care Organization, Provision and Financing*, 55, p. 46958018763917. Available at: <https://doi.org/10.1177/0046958018763917>.

Tsimtsiou, Z. *et al.* (2021) 'GREECE Transforming primary health care during the pandemic - INTRODUCING PAPERLESS, REMOTE ePRESCRIPTION — A GAME-CHANGER FOR PRIMARY CARE SERVICES'. World Health Promotion. Available at: <https://www.who.int/docs/librariesprovider2/default-document-library/primary-health-care-greece-eng.pdf>.

van Uden, C.J.T. *et al.* (2003) 'Use of out of hours services: a comparison between two organisations', *Emergency medicine journal: EMJ*, 20(2), pp. 184–187. Available at: <https://doi.org/10.1136/emj.20.2.184>.

van Uden, C.J.T. *et al.* (2005) 'The impact of a primary care physician cooperative on the caseload of an emergency department: the Maastricht integrated out-of-hours service', *Journal of General Internal Medicine*, 20(7), pp. 612–617. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0091.x>.

van Uden, C.J.T. and Crebolder, H.F.J.M. (2004) 'Does setting up out of hours primary care cooperatives outside a hospital reduce demand for emergency care?', *Emergency medicine journal: EMJ*, 21(6), pp. 722–723. Available at: <https://doi.org/10.1136/emj.2004.016071>.

Ugolini, C. *et al.* (2016) 'Dealing with minor illnesses: The link between primary care characteristics and Walk-in Centres' attendances', *Health Policy*, 120(1), pp. 72–80. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.10.009>.

Vedsted, P. and Christensen, M.B. (2001) 'The effect of an out-of-hours reform on attendance at casualty wards. The Danish example', *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 19(2), pp. 95–98. Available at: <https://doi.org/10.1080/028134301750235303>.

Wexler, R. *et al.* (2015) 'Connecting Emergency Department Patients to Primary Care', *Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM*, 28(6), pp. 722–732. Available at: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2015.06.150044>.

Whittaker, W. *et al.* (2016) 'Associations between Extending Access to Primary Care and Emergency Department Visits: A Difference-In-Differences Analysis', *PLOS Medicine*, 13(9), p. e1002113. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002113>.

Woodworth, L. (2020) 'Swamped: Emergency Department Crowding and Patient Mortality', *Journal of Health Economics*, 70, p. 102279. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2019.102279>.

World Health Organization (2023) *Key Facts, Primary health care*. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care> (Accessed: 16 February 2024).

World Health Organization (no date) *Emergency care, Health topics - Emergency care*. Available at: <https://www.who.int/health-topics/emergency-care> (Accessed: 16 February 2024).

Ziomas, D., Konstantinidou, D. and Capella, A. (2018) *ESPN Thematic Report on Inequalities in access to healthcare Greece 2018*. EUROPEAN COMMISSION. Available at: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=20363&langId=en>.

Ελληνική Στατιστική Αρχή (2023) "Στοιχεία Υπολογιζόμενου Πληθυσμού (1.1.2023) και Μεταναστευτικών Ροών της Χώρας (2022)". Ελληνική Δημοκρατία - Ελληνική Στατιστική Αρχή. Available at: <https://www.statistics.gr/documents/20181/95fb30f3-d0be-e606-a0c0-f66353fd5ec4>.